© THE QUEEN'S PRINTER FOR ONTARIO
2000

REPRODUCED WITH PERMISSION

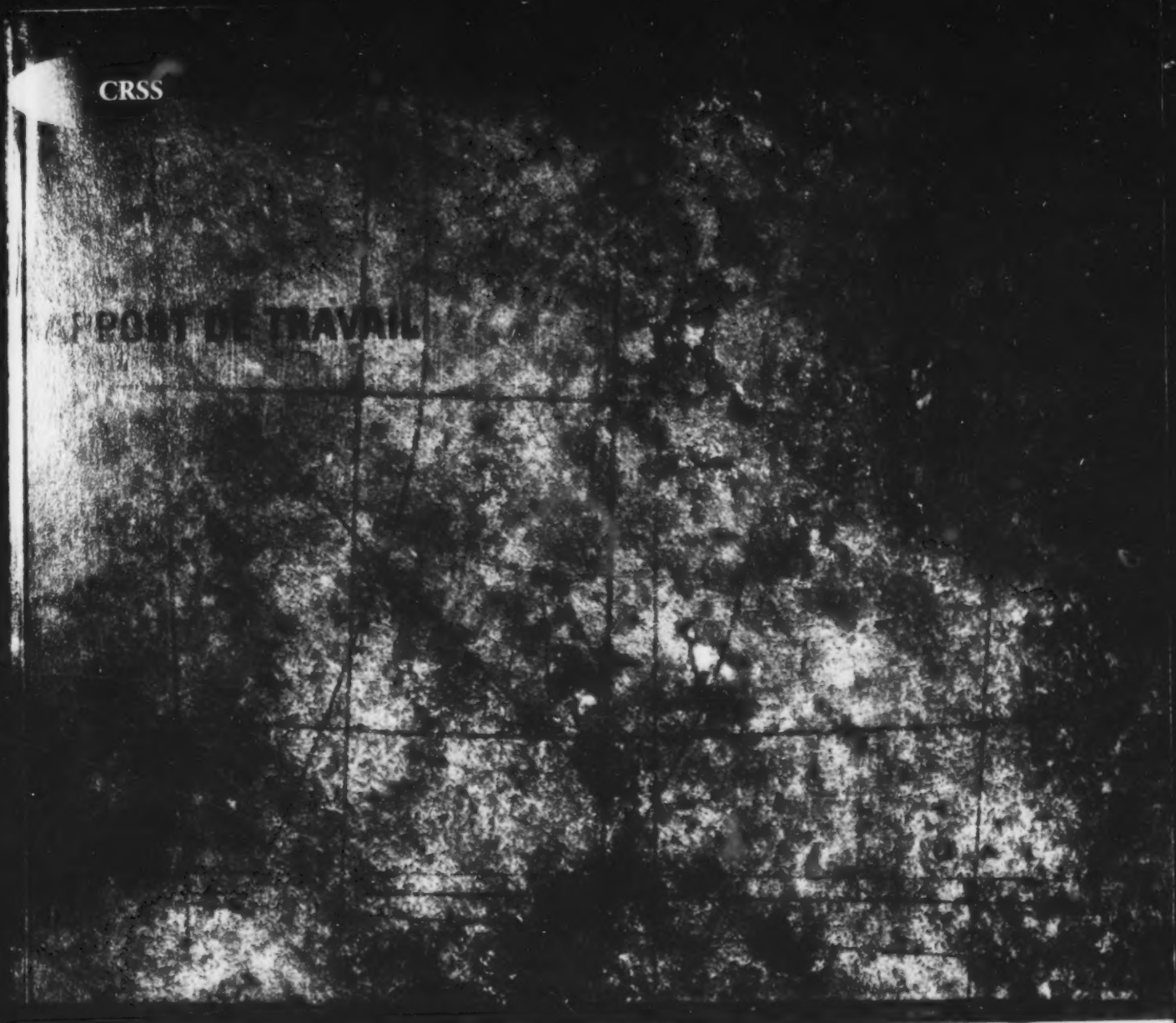
L'IMPRIMEUR DE LA REINE POUR L'ONTARIO

REPRODUIT AVEC PERMISSION

micromedia
a division of IHS Canada

20 Victoria Street
Toronto, Ontario M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll Free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161
Email: info@micromedia.on.ca

CRSS



Regard sur le passé, regard vers l'avenir

MARS 2000

100-05372/

CRSS

Regard sur le passé, regard vers l'avenir

La Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario (1996-2000)

Rapport de travail

Vision du système des services de santé de l'avenir en Ontario

Notre vision consiste en un système de santé intégré qui offre des soins compatissants, exhaustifs, de haute qualité à chaque personne qui a besoin d'aide pour récupérer et conserver une bonne santé.

Tout en reflétant les différences régionales et des communautés, les fournisseurs de soins de santé travaillent de concert avec un objectif commun pour atteindre des buts, des objectifs, des politiques et des priorités connues du public et nécessaires pour en arriver à la vision ontarienne de la santé. [1]

---

[1] La vision suivante de la santé a été préparée par le Conseil du Premier ministre sur la santé de l'Ontario et endossée par toutes les parties de l'assemblée législative provinciale au printemps 1989 : *Nous espérons qu'un jour, l'Ontario sera une province où les gens vivront plus longtemps et en meilleure santé et où les maladies et les handicaps seront progressivement réduits. Une province où les résidents auront la possibilité de vivre en bonne santé grâce à un environnement sûr et non violent, un revenu, un logement, une alimentation et une éducation convenables, de même qu'à un rôle familial, professionnel et social accru. Une province où chacun aura un accès équitable à des services de santé abordables et adéquats, quels que soient sa région, son revenu, son âge, son sexe ou son origine ethnique. Enfin, une province où la collectivité veillera à ce que tous les citoyens vivent en bonne santé.*

Commission de restructuration des services de santé : mandat

La Commission de restructuration des services de santé («CRSS», «la Commission») est un organisme indépendant fondé par le gouvernement de l'Ontario en mars 1996. Son rôle consiste à accélérer la restructuration hospitalière dans la province et à conseiller le ministre de la Santé dans la réorganisation des autres aspects du système de services de santé de l'Ontario.[2]

Le mandat de quatre années de la CRSS (1996-2000) compte quatre éléments distincts et étroitement reliés :

- *prendre des décisions quant à la restructuration des hôpitaux publics ontariens;*
- *conseiller le Ministre de la Santé quant aux services de santé qui requièrent un réinvestissement à cause des changements au système hospitalier et des besoins changeants de la population;*
- *présenter des recommandations au Ministre quant à la restructuration des autres composantes des services de santé pour améliorer la qualité des soins, les résultats et l'efficacité et faciliter la création d'un système de services de santé authentique et intégré.*

---

[2] L'appendice F de la loi The Restructuring and Savings Act, S.O. 1996, chap. 1 («projet de loi 26») a modifié nombre de lois de services de santé. Il a aussi créé la CRSS, qui durera quatre années. Les lois et règlements donnent au ministre de la Santé d'énormes pouvoirs de réorganisation du système de santé ontarien. Par exemple : restructurer les hôpitaux publics, réduire les subventions ou les prêts ou y mettre fin, ordonner aux conseils d'administration des hôpitaux publics de fermer, fusionner ou cesser de dispenser des services. Le ministre peut aussi révoquer le permis d'un hôpital privé et réduire son financement ou y mettre fin. Finalement, le ministre peut déléguer ses pouvoirs à d'autres organismes. À la recommandation du ministre, le lieutenant gouverneur en conseil peut remplacer le conseil d'administration d'un hôpital par un superviseur pour s'assurer de la conformité aux Directives. L'annexe B présente un résumé des modifications aux lois et aux règlements qui ont permis d'établir la CRSS et qui lui ont accordé ses pouvoirs.

COMPOSITION DE LA CRSS

Duncan G. Sinclair (président)

Ruth Gallop

Shelly Jamieson

Harri Jansson

Maureen Law

Douglas Lawson

George Lund

Hartland M. MacDougall

Muriel J. Parent

Daniel R. Ross

J. Donald Thornton

Rob Williams

* * *

Mark Rochon, directeur général (avril 1996 – août 1998)

Peggy Leatt, directrice générale (septembre 1998 – avril 2000)

David Naylor, conseiller spécial (mars 1996 – Mars 1998)

Message du président

Mars 2000

En mars 1996, la *Commission de restructuration des services de santé* (CRSS) a été fondée par le gouvernement ontarien comme organisme indépendant pour faciliter et accélérer la restructuration hospitalière et conseiller le gouvernement quant aux autres changements requis pour améliorer l'accessibilité, la qualité et la rentabilité des services de santé et de soins de santé prodigués à la population de l'Ontario.

Comme notre mandat de quatre années tire à sa fin, il semble opportun de donner un aperçu de la restructuration des services de santé dans la province à ce jour et d'établir des observations finales au sujet des priorités et des mesures requises pour s'assurer que le système continue d'évoluer conformément aux besoins des ontariens au cours du 21^{e} siècle.

Le présent rapport présente un survol du travail effectué par la CRSS d'avril 1996 à mars 2000. De nombreuses mesures ont été prises au cours des quatre dernières années pour restructurer les hôpitaux urbains de l'Ontario. Toutefois, nous savons très bien que la mise en œuvre continue de nos directives à l'intention des hôpitaux doit être associée de près à des réinvestissements opportuns dans d'autres services (notamment les soins à domicile et les soins de longue durée).

La majorité de notre travail au cours de la dernière année de notre mandat a mis l'emphase sur les conseils à l'intention du gouvernement sur des objectifs et des changements spécifiques requis pour créer un système de santé plus intégré et plus efficace. La CRSS croit que des mesures énergiques doivent être prises rapidement pour mieux intégrer et coordonner les différentes composantes du système de santé de la province (hôpitaux, soins à domicile, soins de longue durée, soins primaires, etc.). À long terme, nous croyons que le gouvernement doit jouer un rôle beaucoup plus dynamique dans la régie du système et déléguer la gestion de ses composantes à des systèmes intégrés de santé, organisations en mesure de gérer leurs ressources pour satisfaire aux besoins particuliers des communautés, districts ou régions desservis.

Une de nos principales préoccupations est que la progression vers une plus grande intégration requiert un niveau d'engagement et d'imagination créative qui excède la capacité actuelle étant donné les nombreux agendas concurrents. Sans cet engagement et cette imagination, une bonne partie de la planification et de la gestion des nouveaux enjeux se déroulera sans tenir compte d'une perspective de système et nos nombreux «effets de silo» seront perpétués dans le système de la santé. De plus, à moins que les Ontariens se voient présenter une vision du système de santé de l'avenir à laquelle ils peuvent pleinement adhérer, la restructuration continuera probablement d'être perçue comme un exercice de réduction du coût, plutôt que ce qu'elle devrait être (et ce qu'elle a été pour la Commission), une occasion de renouveler et de rétablir la confiance du public dans le système de santé, notre programme social le plus apprécié et le plus onéreux.

Comme le mandat de la CRSS se termine, nous espérons que les décideurs et fournisseurs des services de santé saisiront l'occasion de créer des méthodes significatives pour apporter des changements et évaluer leur incidence dans une perspective de *système*. Nous demandons au ministère de la Santé et des Soins de longue durée, l'organe directeur clé, de se fonder sur la vision et le travail de la Commission et de favoriser la création d'un système de santé authentique et efficace en Ontario.

Bien à vous,

Duncan Sinclair
Président, au nom des membres
de la Commission

Table des matières

RÉSUMÉ ---- 15

SECTION 1 : HISTORIQUE ---- 29
Mandat et autorité ---- 29
Composition de la Commission ---- 29
Environnement ---- 30
Approche et processus ---- 32
Critères de prise de décision ---- 35
Stratégie en matière de relations publiques ---- 37

SECTION II : VISION DU SYSTÈME DE SANTÉ DE L'AVENIR ---- 43
Élaboration de la vision : principaux défis ---- 43
Vision de la CRSS quant au système de santé de l'avenir ---- 45
Réponse à la vision de la CRSS ---- 48

SECTION III : ANALYSE ET ÉVALUATION DES OPTIONS DE RESTRUCTURATION ---- 57
Configuration des services hospitaliers : exigences de capacité et options de sélection de site ---- 58
Méthode d'évaluation du coût ---- 62

SECTION IV : RÉGIE ---- 67
Analyse des décisions de régie de la CRSS ---- 73
Facilitation de la régie - leçons retenues ---- 76

SECTION V : RÉINVESTISSEMENTS ---- 85
Services autres que pour les affections aiguës ---- 85
Investissement en capital – secteur des hôpitaux pour affections aiguës ---- 94
Investissement dans les secteurs autres que pour les affections aiguës ---- 98
Frais de fonctionnement non récurrents ---- 99

SECTION VI: RÉFORME EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE ---- 103

SECTION VII : RÉVISION DES HÔPITAUX RURAUX ET NORDIQUES ---- 109

SECTION VIII : PLANIFICATION DES RESSOURCES HUMAINES ET ADAPTATION DE LA MAIN-D'OEUVRE ---- 121
Consultation de la CRSS ---- 122
Historique : support législatif pour la restructuration du secteur de la santé ---- 123
Relations de travail ---- 124
Résultats de la consultation ---- 126
Principales leçons ---- 134
Mise en oeuvre ---- 136
L'avenir : leçons du passé ---- 137
Mot de la fin ---- 137

SECTION IX : INITIATIVES À L'ÉCHELLE DE LA PROVINCE ---- 141
Adaptation des ressources humaines médicales ---- 141
Services à l'enfance ---- 143
Conseil ontarien de la santé des femmes ---- 146
Services en matière de cancer ---- 147
Services du domaine cardiaques ---- 149

SECTION X : DÉFIS JURIDIQUES ---- 155

SECTION XI : CHANGEMENT DU PAYSAGE HOSPITALIER ---- 173
Supervision de l'orientation et de la restructuration de la CRSS ---- 178
Préoccupations générales de mise en œuvre ---- 181
Préoccupations générales de mise en œuvre propres aux communautés ---- 182

SECTION XII : ÉLABORATION D'UN SYSTÈME DE SERVICES DE SANTÉ --- 185
Concrétisation de la vision : évolution des systèmes intégrés ---- 185
Désignation des priorités stratégiques : considérations environnementales ---- 188
Élaboration du système : plan d'action en sept points ---- 194

SECTION XIII : LEÇONS RETENUES : REGARD SUR LE PASSÉ, REGARD VERS L'AVENIR ---- 225
Résumé des résultats ---- 226
Regard sur le passé ---- 227
Regard vers l'avenir : Orientations à suivre ---- 231
Délibérations de la CRSS ---- 234

SECTION XIV : MOT DE LA FIN ---------- 239

ANNEXE A : COMPOSITION ET PERSONNEL DE LA CRSS ---------- 243

ANNEXE B : TÂCHES ET RESPONSABILITÉS JURIDIQUES ---------- 250

ANNEXE C : MÉTHODOLOGIES DE LA CRSS ---------- 254

ANNEXE D : HISTORIQUE ADDITTIONNEL AU SUJET DE L'ADAPTATION DES RESSOURCES HUMAINES ET DE LA MAIN-D'OEUVRE ---------- 271

ANNEXE E : REGARD SUR LE PASSÉ, REGARD VERS L'AVENIR ---------- 274

LISTE DES PUBLICATION ET DES RAPPORTS DE LA CRSS ---------- 276

Résumé

CRSS

RÉSUMÉ

Historique

La *Commission de restructuration des services de santé* («CRSS», «la Commission») est un organisme indépendant établi juridiquement par le gouvernement pour accélérer la restructuration hospitalière en Ontario. En plus d'amener les hôpitaux à fusionner, transférer ou accepter des programmes, modifier leurs volumes, cesser d'exploiter ou apporter tout autre changement d'intérêt public, la CRSS a été chargée de conseiller le ministre de la Santé[3] au sujet des changements requis dans les autres parties du système de santé. Ce rôle consultatif permet de dispenser des conseils au sujet du réinvestissement nécessaire dans les autres secteurs et services pour mettre en œuvre la restructuration hospitalière. Finalement, la CRSS a l'autorité de recommander des méthodes et des moyens de créer un système de santé véritablement intégré et coordonné en Ontario.

La CRSS est composée de bénévoles nommés par le gouvernement de l'Ontario. Les commissaires sont des professionnels de la santé, des professionnels universitaires des sciences de la santé, d'anciens membres de conseils d'administration d'hôpitaux et d'autres personnes détenant de l'expertise et de l'expérience dans le secteur de la santé. Présidé par Duncan Sinclair, ancien doyen de la faculté de médecine de Queen's University (Kingston), la CRSS a compté 12 commissaires pendant son mandat de quatre années.

Le point de mire initial de la Commission était les hôpitaux des importantes municipalités urbaines. Les ressources de ces hôpitaux étaient concentrées dans huit communautés – Hamilton, Kingston, London, Ottawa, Sudbury, Thunder Bay, Toronto et Windsor. Après avoir traité des autres centres urbains de la province, la CRSS a étudié les hôpitaux ruraux et nordiques.

De prime abord, la CRSS a rejeté le statu quo. Comme point de départ, elle s'est servie de processus locaux de planification, mais a aussi préconisé une perspective provinciale pour s'assurer que ses décisions satisfont aux besoins en constante évolution des ontariens, comme la croissance de la population (basée sur les projections de population de 2003), les modèles et les pratiques changeantes dans la prestation des soins de santé ainsi que les réalités fiscales de la fin des années 1990 et du début du 21^{e} siècle.

Le mandat de la Commission ne consiste pas à réduire le coût. Il vise plutôt à s'assurer de la prestation continue de services de santé de haute qualité, accessibles et rentables.

---

[3] Lors de la fondation de la CRSS en 1996, le ministre de la Santé était désigné ministre de la santé et son ministère, le ministère de la Santé. Après l'élection du printemps 1999, le titre du ministre et celui de son ministère ont été renommés comme suit : *ministère de la Santé et des Soins de longue durée* et *ministère de la Santé et des Soins de longue durée*. À des fins d'uniformité, le titre ministre de la santé est utilisé dans le cours du présent document et l'acronyme MSSLD sert à désigner le ministère.

Pour préparer des options de restructuration, la CRSS a demandé l'aide des conseils régionaux de santé (CRS) et de la communauté locale. Après consultation, analyse et considération des options de restructuration par la CRSS, des *Préavis d'émission de Directives* formels ont été transmis aux institutions touchées, communauté par communauté, avec des justifications de la prise de décision.

Les institutions et les autres personnes et organisations touchées ont été invitées à soumettre leurs représentations en réponses aux directives des *Préavis*. Après considération des représentations, puis analyse et révision supplémentaires, la CRSS a émis au ministre de la Santé ses *Directives* finales avec des recommandations d'accompagnement (principalement liées au réinvestissement nécessaire dans les services communautaires).

L'évaluation par la Commission des options de restructuration et ses décisions quant à l'option recommandé dans chaque communauté reposent sur les critères de qualité, d'accessibilité et d'abordabilité. Lorsqu'un Centre de sciences de la santé universitaire fait partie d'une communauté étudiée, un autre groupe de critères, y compris l'incidence prévue sur l'éducation des professionnels de la santé et de la recherche clinique, a été considéré.

Création d'une vision du système de santé de l'avenir

L'absence d'une vision du système de santé de l'avenir en Ontario au terme de la restructuration a constitué une préoccupation clé des commissaires dès la rencontre inaugurale. La Commission croit fermement qu'il était important de créer une vision qui positionnerait son travail lié à la recommandation de changements aux hôpitaux comme *un* des éléments d'un agenda de reforme plus global du système de santé. La tâche de création d'une vision est considérée importante pour :

- S'assurer que les décisions de restructuration hospitalière sont logiques par rapport à un plan global
- Clarifier les motifs de changement et les résultats attendus des réformes
- Offrir un contexte pour générer les réactions du public et des fournisseurs

En créant cette vision, la CRSS se voit confrontée à : mettre l'emphase sur l'équilibre du système, mettre un accent plus prononcé sur l'équilibre des ressources de la gamme entière de soins, mieux intégrer et coordonner les soins et créer un système centré sur le malade (plutôt que centré sur l'hôpital).

La première ébauche de vision a été publiée par la CRSS en janvier 1997. Elle décrit le système de santé ontarien de l'avenir comme une «série de système de santé interconnectés et intégrés et de systèmes de santé universitaires intégrés». Ces systèmes, composés de groupes d'hôpitaux et d'organismes de santé communautaire, sont tous responsables de la santé d'une population déterminée.

Le document de la vision a aussi décrit les composantes de base essentielles du système de santé de l'avenir, notamment : objectifs, priorités et normes de rendement communs parmi les divers secteurs de la santé; connaissances améliorées du fondement des décisions administratives et cliniques; emphase sur la santé de la population et sur la santé individuelle; système d'information partagé avec information à jour et précise; système de soins primaires reformé; incitatifs et diversité pour encourager les alliances stratégiques; comptabilité et financement partagé pour permettre aux organisations de satisfaire à tous les besoins de santé d'une population définie.

La Commission a invité chacun à répondre à l'ébauche de l'énoncé de vision qui constitue en fait son hypothèse de travail. Plus de 140 soumissions ont été reçues en réponse à cette ébauche, la majorité provenant de fournisseurs et d'organisations de soins de santé de la province. L'énoncé final révisé de la CRSS pour le système de santé ontarien de l'avenir a été préparé en janvier 2000.

Analyse et évaluation des options de restructuration

La CRSS détient l'autorité de fermer et de fusionner des hôpitaux et de déplacer des activités cliniques entre des hôpitaux. Toutefois, le financement des hôpitaux relève toujours du ministre de la Santé.

Les rapports de la Commission, les *Directives* et les conseils prodigués au Ministre ont été préparés en fonction d'un cadre de travail qui comprend :

- établissement de modèles de rendement pour les soins aux malades hospitalisés pour affections aiguës
- mise en application de modèles de santé mentale pour les malades hospitalisés
- mise en application de modèles pour les soins pour affections subaiguës, les soins de longue durée et la réadaptation
- mise en application de projections pour la croissance et le vieillissement de la population
- détermination des installations à fermer ou fusionner
- régie
- pertinence des investissements dans d'autres secteurs de la santé (p. ex. : soins de longue durée, soins à domicile)
- investissements dans les infrastructures et autres coûts non récurrents associés à la restructuration

Les principaux points de délibération comprennent : configuration des services hospitaliers en déterminant les exigences de capacité de lits pour les malades hospitalisés pour affections aiguës, subaiguës, en réadaptation, en santé mentale et en soins de longue durée et une révision des options de sélection d'emplacement; l'élaboration de méthodes de réduction du coût; la révision des modèles de régie pour chapeauter le système restructuré et les réinvestissements requis pour soutenir le nouveau système.

Un des résultats immédiats de la restructuration des hôpitaux urbains consiste à atteindre d'abord une consolidation significative de la régie et de la gestion supérieure. La première étape de restructuration de la régie est la plus prometteuse en matière de consolidation des services administratifs et de soutien et des programmes cliniques. À long terme, la CRSS prévoit que l'attribution des ressources aux soins aux malades sera grandement améliorée par l'efficacité des services administratifs et de soutien.

Réinvestissements

La CRSS a accomplit son travail en se basant sur les engagements gouvernementaux de maintenir son financement annuel à au moins 17 milliard de dollars dans le domaine des soins de santé (dépense en santé au niveau provincial de 1996-97). En d'autres termes, la restructuration se déroulerait dans un environnement financièrement stable. Ceci donne l'assurance que les occasions de réinvestissement dans des services de rechange (à l'hôpital) offrent des résultats comparables ou meilleurs à un coût inférieur ou d'expansion de services qui combleraient des vides ou des manques dans le système actuel.

En juillet 1997, la CRSS a publié une ébauche de ses directives de planification proposées dans un document intitulé *Reconstruire le système de santé de l'Ontario : Directives de planification et stratégies intérimaires de mise en oeuvre*. Ce document de travail présentait un survol d'une série de projets de la CRSS pour préparer des directives de planification pour les soins à domicile, les soins de longue durée, la santé mentale la réadaptation et les soins pour affections subaiguës. Ces directives serviraient à déterminer la capacité et le niveau de service ou les réinvestissements nécessaires pour soutenir un système de santé restructuré.

Les membres de la CRSS ont été surpris et atterrés de découvrir au départ le manque de données et d'information appropriées. Bien que l'Ontario soit dotée d'une base de données exhaustive et fiable au sujet des malades hospitalisés, cela ne tient plus pour les malades ambulatoires ou pour les services dispensés par les autres composantes du système (soins primaires, réadaptation, soins à domicile, etc.). Cela a constitué un obstacle majeur à l'élaboration de directives pertinentes et objectives nécessaires pour conseiller le gouvernement quant aux réinvestissements appropriés comme solution de rechange aux services hospitaliers.

Les recommandations finales de la CRSS qui dispensent des conseils au Ministre au sujet des directives de réinvestissement ont été publiées dans le document d'Avril 1998, *Changements et transition : Directives de planification et de mise en oeuvre des soins à domicile, des soins de longue durée, de la santé mentale, de la réadaptation et des soins pour affections subaiguës*. L'avis de la CRSS à l'intention du gouvernement au sujet de la mise en œuvre des directives proposées visait aussi à promouvoir une plus grande intégration et interdépendance entre les secteurs.

Le 28 avril 1998, le gouvernement a annoncé qu'il réinvestirait 2 milliards de dollars en soins à domicile et soins de longue durée en établissement. Cet engagement a commencé à modérer l'appréhension de la Commission et du secteur de la santé en matière de réinvestissement réel. Toutefois, à la conclusion du mandat, les membres de la CRSS craignent que la lenteur des réinvestissements mette en péril la restructuration et risque de faire perdre ou diminuer les gains acquis quant à la création d'un authentique système de santé.

RÉSUMÉ DES ÉCONOMIES ET DES RÉINVESTISSEMENTS ANNUELS RECOMMANDÉS PAR LA CRSS	
Économies*	**Réinvestissements**
Soins pour affections aiguës : 800 millions de dollars annualisés	Soins sous d'autres formes : 165 millions de dollars en soins à domicile 110 millions de dollars aux soins pour affections subaiguës en milieu hospitalier 110 millions de dollars pour la réadaptation en milieu hospitalier
Soins de longue durée : 130 millions de dollars en soins pour affections chroniques	Soins de longue durée : 390 millions de dollars pour les lits de SLD 290 millions de dollars pour les places de SLD
Santé mentale : 100 million de dollars en économie de réallocation dans les programmes communautaires et de soutien	Santé mentale : 90 millions de dollars en services communautaires en santé mentale 10 millions de dollars pour les soins hospitaliers
Total : 1,1 milliard de dollars	Total : 1,2 milliard de dollars
** hôpitaux urbains seulement*	

Pendant leur mandat, les membres de la CRSS ont été préoccupés au sujet des investissements en capital en vue d'appuyer la restructuration du secteur hospitalier. Dans de nombreux cas, la CRSS a pressé le MSSLD d'accélérer les décisions au sujet des investissements en capital.

La CRSS a recommandé un total d'environ 2,1 milliards en projets de travaux de développement englobant 96 sites hospitaliers. L'injection de cet argent représenterait le plus important investissement unique en édifices et équipement nouveaux et rénovés de l'histoire de l'Ontario. En date de février 2000, le gouvernement ontarien a approuvé 58 projets évalués à 1,6 milliards de dollars sur 40 sites en soutien à la restructuration. Certains des 58 projets constituent des projets de départ de plus imposants projets qui commencent avant le contrat principal pour tenir compte, par exemple, de l'agrandissement de services d'urgence avant celui de l'édifice principal.

Les besoins en réinvestissement en capital dans les autres secteur du système de santé ont aussi été identifiés par la CRSS comme critiques dans le cadre du processus de restructuration. De plus, la CRSS a noté qu'il y aurait une série de coûts non récurrents associés à la restructuration hospitalière comme : achat de biens d'équipement; coûts de démolition et de fermeture et coûts d'adaptation de la main-d'œuvre. Bien que les fondations des hôpitaux et les fonds de roulement permettent de couvrir une partie de ces dépenses, la Commission a recommandé que le

gouvernement contribue également. En 1997-98, le gouvernement a annoncé qu'il offrirait un soutien aux hôpitaux (admissibles) pour le remboursement de ces dépenses de restructuration.

Réforme en matière de santé mentale

La CRSS a déterminé trois principaux articles pour la réforme en matière de santé mentale :

1. Une enveloppe de fonds doit être créée exclusivement pour les services de santé mentale.
2. Cette enveloppe doit être protégée et les ressources préservées de la restructuration institutionnelle doivent être réattribuées aux services communautaires en et aux services en santé mentale.
3. Le soutien communautaire doit être en place avant la fermeture de lits dans les hôpitaux psychiatriques provinciaux (HPP).

Pendant son mandat, la CRSS a souvent recommandé l'établissement d'agences régionales de santé mentales (ultérieurement désignées groupes de travail de mise en oeuvre de la réforme de la santé mentale). Ce concept a été présenté dans le premier rapport de restructuration de la CRSS publié à Thunder Bay en octobre 1996. Ces groupes intérimaires et transitionnels étaient perçus comme des organisations de prise de décision responsables d'accélérer le désinvestissement provincial des HPP et devant s'assurer du réinvestissement dans le secteur de la santé mentale dans la communauté, le district ou la région visé.

La CRSS a prodigué des conseils formels au ministre de la Santé en février 1999 pour le sensibiliser au sujet des lents progrès de la réforme en matière de santé mentale. Le document, *Advice to the Minister of Health on Building a Community Mental Health System in Ontario*, décrit des stratégies qui visent à s'assurer que les systèmes appropriés sont en place et supervisés au moment du transfert des responsabilités des HPP à d'autres organisations communautaires. Le 12 mars 1999, le ministre de la Santé a formellement accepté l'avis de la CRSS et commencé à établir des groupes de travail de mise en oeuvre de la réforme de la santé mentale. Néanmoins, seulement deux groupes ont été créés à ce jour – un pour le Nord-Est de l'Ontario, l'autre pour le Nord-Ouest de l'Ontario.

Comme le mandat de la CRSS vient à terme en mars 2000, la lenteur du désinvestissement des responsabilités et de la gestion provinciales des HPP et du réarrangement des services associés au processus continue de constituer un obstacle majeur à la restructuration dans les communautés où la Commission a recommandé au Ministre de transférer les opérations et la gestion des HPP.

Révision des hôpitaux ruraux et nordiques

Les hôpitaux des petites communautés rurales et nordiques doivent composer avec des régions peu peuplées et isolées. Cela présente les défis suivants : longues distances pour obtenir des services de santé; faibles volumes de malades empêchant la mise en place d'une masse critique de programmes et de services; recrutement et maintien des médecins et autres professionnels de la santé. Considérant ces défis, la CRSS maintient depuis le début que l'accessibilité est primordiale dans le cadre du processus de restructuration dans les communautés rurales et nordiques.

Le *Cadre de soins de santé dans le milieu rural et dans le Nord* a été publié par le MSSLD en juin 1997. Le cadre énonce des directives générales pour la restructuration des hôpitaux ruraux au sein de *réseaux de soins de santé* qui permettraient d'obtenir un accès aux services 24 heures sur 24. La première priorité consistait à élaborer des réseaux hospitaliers. L'objectif à long terme visait à établir une série de réseaux de santé qui englobent des fournisseurs communautaires et des hôpitaux. Le cadre a guidé la CRSS dans son processus et dans sa révision des hôpitaux ruraux et nordiques.

La révision par la CRSS des hôpitaux ruraux et nordiques de l'Ontario a mené aux recommandations de création de 18 nouveaux réseaux hospitaliers, constitués au total de 100 hôpitaux. L'avis final de la Commission au sujet des réseaux a été présenté au ministre de la Santé en février 2000. L'avis traite de trois domaines : confirmation des membres du réseau (au total, 18 réseaux); stratégies et politique d'aide aux hôpitaux pour établir les réseaux; recommandations sur les structures organisationnelles pour chaque réseau ainsi que des conseils au sujet de la dimension et de l'emplacement des services hospitaliers pour affections aiguës et subaiguës.

Planification des ressources humaines et adaptation de la main-d'œuvre

Dans de nombreuses communautés, la CRSS a nommé des facilitateurs pour aider des hôpitaux et des groupes d'employés à préparer des plans de ressources humaines afin de favoriser l'adaptation. Les facilitateurs ont regroupé les parties en vue d'élaborer des plans à l'échelle de la ville (ou de la région) pour l'adaptation de la main-d'œuvre ainsi que des plans pour traiter des enjeux propres à un petit nombre d'hôpitaux ou d'autres enjeux qui retiennent l'attention au niveau local.

Initiatives à l'échelle de la province

La CRSS a identifié nombre d'enjeux qui requièrent une étude additionnelle ou des approches différentes et pris des mesures à cet effet, notamment :

- La nomination d'un groupe d'étude des ressources médicales afin de recommander des méthodes pour traiter des questions d'adaptation des ressources médicales soulevées par la restructuration. Un des principaux accomplissements du groupe d'étude est la reconnaissance du caractère essentiel d'un processus basé sur principes pour s'assurer que l'adaptation se déroule de façon honnête et équitable qui protège la qualité des soins aux malades.

- Formation d'un groupe de travail provincial de pédiatrie (GTPP) pour évaluer les possibilités de consolidation des programmes et de coordination de la prestation des services pour les cas pédiatriques tertiaires et quaternaires grandement spécialisés comme les chirurgies spécialisées et la transplantation.

- Formation d'un Conseil provincial de la santé des femmes. Le 8 décembre 1998, le ministre de la Santé et le ministre délégué à la condition féminine ont suivi les avis de la CRSS et confirmé la création du Conseil de la santé des femmes.

- Révision de la disponibilité des services contre le cancer dans certaines régions.

- Révision de la disponibilité des services aux cardiaques dans certaines régions.

Contestations judiciaires

De nombreuses contestations judiciaires ont porté sur les *Directives* de la CRSS. De toutes les causes entendues et jugées à ce jour, la cour a penché en faveur de la Commission, sauf dans un cause. Au terme du mandat de la Commission (28 mars 2000), une cause demeure en suspens.

Changement du paysage hospitalier

En tout, 22 communautés ont reçu des *Directives* de la CRSS. Au terme de la restructuration hospitalière en Ontario, le paysage des soins de santé sera différent. Certaines des caractéristiques du nouvel environnement comprennent :

- fusion de plusieurs hôpitaux pour créer de nouvelles organisations de soins de santé, en moindre quantité, mais plus importantes
- fermeture de 31 hôpitaux publiques, de six hôpitaux privés et de six hôpitaux psychiatriques provinciaux (HPP)
- prise de contrôle de quatre hôpitaux par d'autres associations d'hôpital
- création de plusieurs comités mixtes pour assurer une régie partagée entre de multiples organisations

- création de 18 réseaux hospitaliers ruraux et nordiques
  création d'un variété de réseaux régionaux et provinciaux (y compris des réseaux pédiatriques à Ottawa, Toronto et London, des réseaux de réadaptation et un réseau de services en français à Ottawa)

La mise en œuvre de ces réformes et le réinvestissement dans le système pour soutenir leur exécution cause :

- élimination de la capacité excessive de lits d'hôpitaux
- meilleure utilisation des biens d'infrastructure
- programmes et services hospitaliers rationalisés
- organisations à institutions multiples avec une seule structure de régie
- meilleur équilibre des soins institutionnels et communautaires
- capacité accrue des hôpitaux avec une plus grande efficacité, plus de ressources et une capacité du service d'urgence et ambulatoire accrues
- soins à domicile et de longue durée étendus, permettant aux hôpitaux de mettre l'accent sur les soins aux malades à affection aiguë
- intégration d'une approche basée sur les besoins de la population dans l'élaboration de directives de planification pour le réinvestissement
- nouvelles ressources et nouveaux fonds
- détermination précise des besoins et des contraintes
- nouveaux réseaux centrés sur la création d'une meilleure continuité des soins
- détermination du besoin de nouveaux outils et mécanismes de financement pour soutenir le développement du système de santé de l'avenir

En vertu de son travail, la CRSS a noté les éléments suivants quant au changement du paysage hospitalier et des soins de santé :

- Une audience avisée à l'échelle de la province reconnaît le bien-fondé de changer le système de santé et que des décisions difficiles doivent être prises.
- De nombreuses communautés ont le désir et la volonté de procéder à des changements pour mieux préparer l'avenir. Toutefois, les populations résistent fondamentalement au changement.
- La protection de son propre territoire est toujours prévalante dans le système de santé.
- La restructuration signifie une nouvelle conception du système de santé et demande à la population, au gouvernement et aux organisations de soins de santé de changer leurs attitudes, demeurer ouverts aux nouvelles approches et alliances et de s'adapter à de nouvelles situations.
- Certains hôpitaux ont entrepris le défi de la restructuration, d'autres ont résisté.
- Il doit absolument résulter de la restructuration un nouvel équilibre des services de santé en vertu du réinvestissement dans les services communautaires comme les soins à domicile et les soins de longue durée.

- Les données et l'information servant à déterminer le niveau des services de santé sont presque inexistantes et doivent être améliorées.
- La province a besoin d'un leadership dynamique et continu pour diriger la réforme du système de santé.

Élaboration d'un système de services de santé : atteinte de la vision

Entre 1996 et 1999, la CRSS a principalement travaillé à la restructuration du secteur hospitalier. Pendant la dernière année de son mandat (1999-2000), la Commission a mis l'accent sur les méthodes qui permettent de s'assurer que la restructuration s'étend aux autres parties du système et qu'elle est continuellement surveillée et évaluée. Elle a aussi prodigué des conseils spécifiques au Ministre au sujet de la restructuration à venir du système, y compris la vision et les enjeux clés qu'il faut traiter pour obtenir une meilleure coordination et continuité des soins afin d'élaborer un système de santé vraiment efficace en Ontario.

Dans le cadre de son travail, la CRSS a amorcé une série de tables rondes avec des groupes d'intérêt clés et rencontré de petits groupes d'experts internationaux pour explorer les enjeux à considérer dans la future réforme du système de santé. Ces différents groupes ont désigné cinq principales priorités :

- Énoncer et communiquer la vision du système de santé de l'avenir – un leadership est vital!
- Éliminer les effets de silo et améliorer l'intégration.
- Faire de la restructuration des soins primaires la fondation des futures réformes et le lien avec le reste du système.
- Investir dans un système de gestion de l'information commun et accessible.
- Avancer des incitatifs parmi les fournisseurs de soins de santé et les consommateurs pour accroître la responsabilité à tous les niveaux et pour stimuler le comportement et la philosophie de «système».

La CRSS a préparé un cadre stratégique pour améliorer le système de soins de santé («systématisation») et la santé de la population par l'élaboration d'un système de santé intégré plus efficace. Ce cadre met l'accent sur l'amélioration de la qualité, de l'accès et de l'abordabilité; une meilleure coordination et continuité des soins et un nouvel équilibre des diverses composantes du système de santé. Les stratégies clés pour lesquelles la CRSS a prodigué des conseils au Ministre s'établissent comme suit:

- stratégie de gestion de l'information de santé
- stratégie de réforme des soins de santé primaires
- série de projets avec les communautés ontariennes qui travaillent activement à l'intégration des services de santé
- cadre et processus d'évaluation des améliorations dans le rendement du système de services de santé
- conseils sur le rôle et les responsabilités du gouvernement en tant que «régie» du système de santé restructuré

Leçons retenues : regard sur le passé, regard vers l'avenir

La CRSS a révisé son propre rendement par une série d'entrevues qui se sont déroulées en novembre 1999 avec des dirigeants, des représentants supérieurs du gouvernement et du MSSLD, des représentants d'hôpitaux sélectionnés et de groupes d'intérêt clés qui ont participé à la réforme ou qui en ont fait l'objet.

Les répondants ont convenu que la CRSS était une entité nécessaire pour mobiliser la restructuration. Il a été confirmé qu'elle avait bien exécuté son mandat et que l'arrêt de ses activités était aussi approprié. Toutefois, il a été convenu qu'il demeure beaucoup de travail à accomplir, soit par le MSSLD même ou avec un organe consultatif responsable de mettre en œuvre la restructuration des services de santé ou par la création d'un organe indépendant détenant la responsabilité partielle ou totale d'exécuter ces tâches.

Section I :

Historique

Mandat et autorité

Composition de la Commission

Environnement

Approche et processus

Critères de prise de décision

Stratégie en matière de relations publiques

CRSS

SECTION 1 : HISTORIQUE

Mandat et autorité

En mars 1996, l'assemblée législative ontarienne a créé la *Commission de restructuration des services de santé* («la Commission» ou «CRSS») principalement pour restructurer les hôpitaux en Ontario. Établie pour un mandat de quatre années[4] en qualité d'organisme indépendant du gouvernement, la CRSS détient l'autorité d'indiquer aux hôpitaux de fusionner, transférer ou accepter des programmes, changer leur volume, cesser l'exploitation ou d'apporter tout autre changement qui est considéré d'intérêt public.

Le mandat formel de la Commission consiste à entreprendre trois tâches générales :

1. Rendre des décisions exécutoires sur la restructuration des hôpitaux.
2. Présenter des recommandations sur la restructuration de secteurs ou d'autres éléments du système de services de santé, y compris des conseils au sujet du réinvestissement requis pour restructurer les hôpitaux et améliorer les autres services de santé.
3. Favoriser la création d'un système de services de santé authentique, intégré et coordonné.

Le mandat de la CRSS et la portée de l'autorité qui lui est accordée sont sans précédent dans l'histoire de l'Ontario. La CRSS a officiellement conclu ses activités le 28 mars 2000.

Composition de la Commission

Le 28 février 1996, Duncan Sinclair, alors doyen de la faculté de médecine de Queen's University, a été nommé président de la Commission de restructuration des services de santé.

En mars 1996, les six personnes suivantes ont été ajoutées comme membres de la CRSS : Shelly Jamieson, Maureen Law, George Lund, Hart MacDougall, Dan Ross et

---

[4] Le 30 novembre 1999, un projet de loi a été présenté à l'assemblée législative provinciale pour proposer quatre amendements à la Loi sur les hôpitaux publics pour s'assurer que les pouvoirs du ministre d'émettre des *Directives* quant à l'exploitation des hôpitaux conformément à la section 6 de la Loi ne seraient pas abrogés le 28 mars 2000. Le projet de loi permet au Ministre de continuer d'émettre de telles Directives, mais seulement aux hôpitaux qui ont reçu une *Directive* ou une *ébauche de Directive* antérieure, qui ont reçu un *Préavis d'émission de Directives*, une ébauche d'un tel *Préavis* ou qui sont établis en résultat à une *Directive* ou une *Ébauche de directive*. Le projet de loi prévoit une révision obligatoire des pouvoirs énoncés à la section 6 le 1 janvier 2005 ou avant et permet au Ministre d'émettre des recommandations quant à ces pouvoirs au lieutenant gouverneur en conseil après la révision. Le projet de loi a reçu la sanction royale le 14 décembre 1999.

Don Thornton. Les nominations ont eu lieu par décret. Au même moment, le docteur David Naylor a été nommé par le président comme conseiller spécial de la CRSS et il a servi comme membre de droit de la Commission jusqu'en mars 1998. En vertu de son rôle de conseiller spécial, le docteur Naylor a prodigué des conseils au sujet du processus de développement et des méthodologies préparées par le personnel et les conseillers juridiques de la CRSS. Il a aussi donné son opinion à la CRSS quant à révision des options de restructuration pendant la première année et demie du mandat de la Commission.

À mesure que le travail de la CRSS progresse, le président a formellement demandé que le gouvernement nomme des membres additionnels à la Commission en raison de la charge de travail accrue, des attentes croissantes au sujet des conseils en matière de réinvestissement et d'autres préoccupations et pour accélérer la prise de décision relative à la restructuration dans les communautés urbaines. Par la suite, cinq autres membres ont été nommés à la Commission : Doug Lawson en 1996, Harri Jansson, Muriel Parent et Rob Williams en avril 1997, et Ruth Gallop à l'automne 1998. Les biographies de chacun des commissaires figurent à l'annexe A.

La Commission a aussi eu l'occasion de faire appel à l'expertise de nombreux chefs de file de l'industrie, de praticiens et de consultants pendant la préparation de ses rapports ajoutant de ce fait à ses travaux une mine de connaissances et d'expérience sans égal.

Environnement

La CRSS a été créée sur la base de deux annonces (décembre 1995) du gouvernement provincial :

- Le système de santé demeurera financièrement stable au cours des quatre prochaines années. Il a été garanti que le budget de fonctionnement du MSSLD demeurerait au moins à son niveau d'alors d'environ 17,4 milliards de dollars.
- Réduction des budgets des hôpitaux de 18 pour cent sur une période de trois ans (5 % en 1995-1996; 6 % en 1996-1997 et 7 % en 1997-1998).

Cette dernière annonce soulève le cynisme au sujet de la restructuration dans le secteur hospitalier et crée une forte perception que la CRSS était simplement un agent mandaté par le gouvernement pour gérer les réductions budgétaires des hôpitaux. Il est important de noter que pendant les premiers jours d'existence de la CRSS, l'environnement des soins de santé en Ontario était aussi représenté par nombre d'autres caractéristiques (voir figure I-1).

Figure I-1 : caractéristiques de l'environnement pendant les premiers jours du mandat de la CRSS

Caractéristiques du gouvernement	• Réduction annoncée du revenu des hôpitaux d'environ 18 pour cent sur trois années de 1995-1996 à 1997-1998 • Manque perpétuel de vision et de leadership du système de santé • Non-conformité entre les décisions de la CRSS et les activités et mesures du MSSLD.
Caractéristiques locales et du public	• Perception d'insensibilité de la CRSS par rapport à la situation locale • Préoccupations au sujet du changement, de la fermeture d'hôpitaux locaux et de l'état des travaux et des recommandations émises par les conseils régionaux de santé (CRS) quant aux initiatives de restructuration des hôpitaux locaux • Préoccupation du public au sujet du système de santé mais, satisfaction pour la plupart, en ce qui a trait aux expériences individuelles avec le système • Perception répandue que la réforme de la santé (y compris la restructuration des hôpitaux) est strictement fondée sur des considérations financières – économie de deniers publics – et qu'elle est entreprise par le gouvernement dans son propre intérêt et non dans celui de la population et de l'électorat.
Caractéristiques politiques	• Difficulté pour les politiciens provinciaux à appuyer le travail de la CRSS • Besoin pour la CRSS de travailler aussi rapidement que possible (horizon de mise en œuvre et moment de la prochaine élection provinciale) • Relation d'indépendance entre le gouvernement et le MSSLD avec la CRSS
Caractéristiques des fournisseurs	• Réactions des fournisseurs de soins de santé et de leurs tenants voulant que les services de santé souffrent des décisions de la CRSS • Capacité excessive de lits dans les hôpitaux en raison des innovations technologiques et de pratique • Inaptitude des fournisseurs de soins hospitaliers à traiter volontairement la capacité excessive • Au moins cinq années de réduction de l'emploi dans les hôpitaux et aucune augmentation salariale des travailleurs du domaine hospitalier (en raison des contraintes budgétaires du gouvernement) • Relations tendues entre les médecins (représentés par l'Ontario Medical Association, OMA) et le gouvernement • Relations tendues entre les médecins membres et l'OMA • Réduction obligatoire de l'inscription des étudiants en médecine et à la formation de deuxième cycle • Substitution de services ambulatoires pour les services aux malades hospitalisés • Restructuration de l'Ontario Hospital Association (OHA) avec un nouveau leadership • Appui à la restructuration par les leaders d'opinion du secteur de la santé • Absence de lien de responsabilité entre les fournisseurs et les payeurs

Approche et processus

La CRSS a tenu sa première rencontre le 24 avril 1996. À cette rencontre, il a été convenu d'adopter l'approche suivante pour remplir le mandat de la CRSS :

1. Acceptation du mandat principal de la CRSS qui consiste à faciliter la restructuration des hôpitaux. La CRSS aurait toutefois préféré traiter d'abord de la restructuration du système de soins primaires et de services communautaires, plutôt que d'amorcer la restructuration des hôpitaux. En d'autres termes, il aurait été plus logique d'amorcer la restructuration (création) d'un système de services de santé authentique à son point de départ, plutôt que de traiter des institutions de dernier ressort.

2. Les efforts de restructuration commenceront par les hôpitaux dans les principales municipalités de l'Ontario (c.-à-d., des communautés urbaines ainsi que des communautés environnantes) étant donné que la grande partie de la base des ressources hospitalières est concentrée dans huit communautés.[5]

3. Après la révision des hôpitaux urbains, la CRSS mettra l'accent sur la restructuration des autres hôpitaux.

4. Le mandat de restructuration des hôpitaux doit être traité dans le contexte plus global de la réforme du *système* de santé pour que le public et les fournisseurs puissent commencer à comprendre le besoin de restructuration dans le cadre d'une vision plus large de ce que devrait être un système de services de santé restructuré.

5. Bien que le mandat de la CRSS soit d'une durée de quatre années, la conjoncture favorable de prise des décisions difficiles requises pour restructurer le système est à près de deux ans étant données les réalités politiques de tout gouvernement en place. Notons donc comme facteur limitant pour la CRSS, que son plan de travail et ses échéanciers de restructuration des hôpitaux doivent être accomplis pendant une période de temps comprimée.

6. Des commissaires directeurs et accompagnateurs seront assignés à des communautés individuelles pour intervenir au moment opportun pendant l'analyse et l'élaboration des options et pour superviser le travail du personnel de la CRSS.

[5] Les huit communautés étaient Hamilton, Kingston, London, Ottawa, Sudbury, Thunder Bay, Toronto et Windsor. Ces communautés présentent aussi le plus grand potentiel d'économie. Divers plans de restructuration touchant la plupart de ces communautés ont été préparés avant la création de la CRSS. Ces plans traitaient des options possibles pour la restructuration. Bien que diverses méthodologies aient été utilisées, la plupart des plans étaient comparables. L'accent était mis sur l'efficacité clinique, la réduction de la capacité excessive dans le système et l'élimination des frais fixes et administratifs redondants.

7. L'approche à l'analyse de la CRSS pour les hôpitaux de communautés distinctes suit un processus standard. Le processus est articulé autour de toutes les parties concernées (y compris le grand public) et permet l'apport d'opinions de la communauté en générale dès le départ. L'approche doit être transparente et de nature participative.

8. Une stratégie de relations publiques ou avec les médias constitue un élément important pour bien accomplir le travail compte tenu de l'attachement considérable et de la loyauté des communautés avec leurs hôpitaux.

Tôt au cours du mandat, un cadre de travail a été convenu pour guider la préparation des options et assister la CRSS à les évaluer. Les attributs du cadre de révision sont présentés dans la figure I-2.

Figure I-2 : cadre de révision des options de restructuration des hôpitaux

1. La CRSS doit recevoir le rapport du conseil régional de santé (CRS)[6] (c.-à-d., le plan de restructuration des services hospitaliers et de santé) et l'analyse par le MSSLD de ce rapport.

2. Le personnel de la CRSS doit réviser le rapport du CRS et l'analyse du MSSLD, puis y aller de sa propre analyse de ces documents.

3. La CRSS doit solliciter les opinions de la communauté locale en présentant des publicités dans les journaux locaux invitant le public et les groupes d'intérêt concernés à soumettre des réponses écrites à la CRSS. La publicité doit comprendre une date limite pour les soumissions et un avis de communiquer avec la CRSS et/ou le CRS pour connaître les directives relatives à la forme des soumissions.[7]

4. Le personnel de la CRSS et les commissaires directeurs et associés [pour la communauté désignée] doivent réviser les soumissions et prévoir des rencontres avec certaines (et non toutes) des organisations et des personnes soumissionnaires ainsi qu'avec d'autres groupes comme le juge opportun la CRSS.

5. Pendant les rencontres avec la communauté, les commissaires directeurs et associés et le personnel de la CRSS doivent réviser les questions soulevées dans les soumissions au sujet desquelles la CRSS souhaite obtenir des éclaircissements ou les questions soulevées par les parties consultées de leur propre chef.

[6] Il est important de noter que la disponibilité et la qualité des rapports des CRS varie grandement. Par exemple, ce ne sont pas tous les CRS qui ont entrepris ou effectué des rapports au sujet de la restructuration des hôpitaux locaux. Dans d'autres cas, les CRS ont amorcé des études locales mais n'ont pu arriver à un consensus quant aux options de restructuration favorites.

[7] La CRSS a préparé des directives générales pour les soumissions écrites. Il a aussi été convenu que la CRSS n'entreprendrait pas une consultation exhaustive au niveau communautaire étant donné les consultations considérables déjà effectuées par les CRS dans le cadre de la préparation des rapports de restructuration et des recommandations locaux.

6. Après les rencontres avec la communauté, le personnel de la CRSS doit effectuer son analyse de toute l'information reçue et préparer les options de restructuration pour qu'elles soient révisées et débattues par la Commission entière.

7. Les options pour déterminer le nombre et le type d'emplacements hospitaliers dans une communauté doivent être basées sur des solutions locales et évaluées en fonction de trois principaux critères de prise de décision : qualité, accessibilité et abordabilité (consultez la discussion ci-dessous).

8. La CRSS doit considérer l'analyse et les options du personnel de la CRSS et émettre une détermination préliminaire des questions pertinentes à la restructuration des hôpitaux, la matière de l'avis de la section 6(5) à l'intention des hôpitaux touchés et les motifs des décisions de la CRSS.

9. Après l'adoption d'une motion formelle par la CRSS, des *Préavis d'émission de Directives* doivent être publiés et remis aux institutions touchées avec la justification des décisions.

10. L'avis de la section 6(5) doit identifier les Directives données que la CRSS entend publier et inviter les représentations des hôpitaux qui font l'objet d'une *directive* et de toute autre personne ou organisation conformément aux directives émises par la CRSS.

11. Lorsque la CRSS a étudié les représentations et entrepris les analyses et les études additionnelles au besoin, une motion formelle est adoptée et des *Directives* finales sont publiées.

12. Chaque directive doit inclure le texte d'une motion finale que la CRSS remet comme base de travail au conseil d'administration de l'hôpital. Une telle motion entraîne la mise en œuvre de *Directives* de la CRSS.

13. Si après un délai raisonnable, le conseil d'administration de l'hôpital n'a pas adopté la résolution requise, la CRSS doit aviser le ministre de la Santé et recommander s'il faut nommer un superviseur conformément à l'article 9 de la Loi sur les hôpitaux public. Le superviseur adopte ensuite toutes les mesures nécessaires pour mettre en œuvre les *Directives* de la CRSS conformément à l'article 6(5).

Critères de prise de décision

L'évaluation par la Commission de toutes les options de restructuration et ses décisions quant à l'option «favorisée» ont été basées sur trois critères d'évaluation : la qualité, l'accessibilité et l'abordabilité comme ils sont définis dans la figure I-3.

Figure I-3 : critères d'évaluation de prise de décision

Critère d'évaluation	Mesures et indicateurs de rendement	Définition et description
QUALITÉ		**S'assurer que les services auxquels peut accéder la population sont de la plus haute qualité possible définie par les termes *masse critique* et *cohérence clinique*.**
	Masse critique	Niveau du programme et d'activité clinique qui maximise l'efficacité de la prestation de services en termes de : - volumes de malades - maximisation des résultats effectifs - concentration des aptitudes et de l'expertise spécialisées - fourniture des niveaux appropriés de personnel pour le recrutement et le maintien du personnel et soutenir la qualité clinique - minimisation des frais généraux et indirects
	Cohérence clinique	Relation clinique entre les différents programmes et services et avantages relatifs de la localisation des programmes avec ou près des programmes connexes. Certaines considérations d'évaluation de la cohérence clinique sont : - maximisation de la continuité des soins aux malades pour un seul épisode de soins - fourniture d'une réponse coordonnée aux besoins avec une variété de services connexes - minimisation du dédoublement - diminution des transferts de malades entre emplacements pour des services connexes.
ACCESSIBILITÉ		**Maintenir et, dans la mesure du possible, améliorer l'accès de la population aux services basés dans les hôpitaux et aux services communautaires de rechange (soins à domicile, soins de longue durée, etc.).**
	Aptitude à satisfaire aux besoins et aux exigences de service de la population desservie	Examen des caractéristiques et des besoins de la population pour situer les services hospitaliers près de la population desservie.
	Accès aux services et aux programmes hospitaliers et proximité	Examen des distances entre les hôpitaux et la région de la population desservie.

	de ceux-ci	Emplacement des services hospitalier près de la population desservie.
	Transferts de malades	Limite du nombre de transfert de malades entre les installations pour des services hospitaliers.
ABORDABILITÉ		**S'assurer que les services basés dans les hôpitaux sont dispensés efficacement et qu'une proportion optimale de fonds est attribuée aux services directs aux malades. L'abordabilité est évaluée en fonction de la conformité de chaque option au critère précisé.**
	Contribution à l'efficacité clinique	Mesure dans laquelle chaque option atteint une efficacité clinique à partir de la gestion de l'admission, d'une réduction de durée moyenne de séjour et de placement approprié des malades d'un autre niveau de soins.[8]
	Restructuration des épargnes	Niveau de productivité et d'efficacité atteint par chaque option.
	Efficacité administrative	Niveau auquel les épargnes administratives peuvent être obtenues par chaque option.
	Économies d'échelle	Niveau auquel les économies d'échelle peuvent être atteintes par chaque option.
	Consolidation des services de soutien	Niveau de consolidation des services de soutien (y compris la gestion des matériaux, les services d'alimentation et les laboratoires cliniques) qui peut être obtenu par chaque option.
	Coût en capital et de mise en œuvre de la restructuration	Niveau auquel les coûts en capital et les coûts de mise en œuvre de la restructuration peuvent être minimisés par chaque option.
	Soutien pour le réinvestissement	Soutien pour le réinvestissement du financement dans d'autres domaines du système de santé local et régional

Lorsqu'un Centre de sciences de santé universitaire était révisé, un ensemble additionnel de critères tenant compte de considérations scolaires a été utilisé. Ces critères comprennent :

- **Éducation en médecine et en santé** : incidence sur l'aptitude de l'école de médecine ou de la faculté des sciences de la santé et des hôpitaux affiliés à remplir leur mandat éducatif.

---

[8] Certains des gains d'efficacité, particulièrement en réduction de durée moyenne de séjour pour affections aiguës, dépendent de la disponibilité et de l'accès aux services complémentaires en réadaption de malades hospitalisés et en santé mentale.

- **Recherche clinique :** incidence sur la nature et la portée des activités de recherche clinique associées à l'école de médecine ou à la faculté des sciences de la santé et aux hôpitaux affiliés.

Stratégie en matière de relations publiques

Nombre de questions quant à la perception par le public de la restructuration ont été évidentes dès le début des travaux de la CRSS. Par exemple :

- **Le public n'est pas au courant du «portrait global»**
  - *Pourquoi la restructuration des hôpitaux a-t-elle été entreprise?*
  - *À quoi ressemblera le système restructuré?*
  - *À quoi ressemblera un système transparent et intégré?*

- **Le public croule sous les mauvaises nouvelles**
  - *Forte perception que les changements au système de santé équivalent à des coupures et se traduiront par des pertes pour la communauté ou pour les soins de santé en général*
  - *Les parties difficiles des décisions font les manchettes tandis que les réinvestissements proposés passent inaperçus*
  - *La CRSS avait l'occasion de clarifier les justifications du changement et de mettre l'agenda en perspective*

- **Des questions fondamentales se propagent dans l'environnement de changement**
  - *Pertes d'emplois, adaptation de la main-d'œuvre, gestion des soins de longue durée et des services de santé mentale*
  - *Court échéancier pour des changements complexes*
  - *La peur intensifie la résistance au changement*

La CRSS a réalisé qu'elle devait traiter de ces fausses perceptions et les corriger de front. Elle a commencé par communiquer les messages clés suivants aux membres du public et du secteur de la santé pendant la révision des hôpitaux :

- *Le statu quo est inacceptable.*

- *La Commission se sert de processus locaux de planification comme point de départ (principalement mise en place par les CRS), mais doit aussi s'assurer que ses décisions satisfont aux besoins en évolution des Ontariens (p. ex., en tenant compte de la croissance de la population et d'autres facteurs), aux modèles et aux pratiques changeants dans la prestation de soins de santé ainsi qu'aux réalités fiscales du milieu des années 1990 et ultérieures.*

- *Le but de la Commission consiste à construire un meilleur système de santé. Le mandat ne consiste pas à réduire le coût. Sa préoccupation consiste à s'assurer de la continuité de services de santé de haute qualité et accessibles, plutôt que de préserver les immobilisations. L'intention est d'améliorer une pleine gamme de services pour les résidents de l'Ontario plutôt que de les diminuer.*

- *Tout l'argent économisé par la restructuration des hôpitaux doit être réinvesti dans d'autres parties du secteur de la santé. De plus, conformément à la politique du gouvernement (et en soutien à cette politique), tout argent économisé par la restructuration des services en santé mentale doit être réinvesti exclusivement dans le système de santé mentale.*

- *La Commission travaille à préserver les services de santé ontariens et à les adapter dans un système intégré qui prodigue des soins de santé abordables et accessibles.*

- *La CRSS agit comme organisme indépendant, non partisan et autonome du gouvernement, travaillant avec les hôpitaux locaux, les CRS et les groupes d'intérêt pour s'assurer que les initiatives de restructuration de l'hôpital local sont conformes aux réalités fiscales et médicales actuelles de l'Ontario. Elle mettra l'emphase sur la préservation du système de santé à long terme. Elle a aussi voulu démontrer, par son approche et ses processus, que la restructuration est mise en œuvre honnêtement et équitablement à l'échelle de la province.*

La CRSS était déterminée – dans la mesure du possible – à communiquer directement avec les ontariens par les médias d'information et les autres véhicules de communication. Les commissaires étaient ouverts aux entrevues avec les médias et les rencontres avec les comités de rédaction et les principaux journalistes étaient recherchées. Le président, les commissaires et le personnel de la Commission ont donné au total des *milliers* d'entrevues. De plus (comme il a été noté antérieurement) le processus public qu'a suivi la CRSS pour la restructuration des hôpitaux comprenait un appel aux soumissions écrites dans chaque communauté visitée, des face-à-face avec les groupes d'intérêt clés, la publication de *Préavis d'émission de Directives*, une période d'appel de 30 jours après l'émission des *Préavis*, puis la publication des *Directives* finales. La CRSS a commencé sa visite de chacune des communautés par une conférence de presse formelle avec les médias locaux. Après la publication des *Préavis* et des *Directives*, le commissaire-directeur et les commissaires associés de chaque communauté ont adopté une approche proactive dans la recherche de rencontres avec les membres des médias locaux et les leaders politiques pour discuter des décisions de la CRSS et répondre aux questions.

Certains conseils d'administration d'hôpital ont énergiquement tenté de discréditer la CRSS auprès des médias locaux. Cette activité démontre la résistance au changement. Les mêmes conseils d'administration, dans plusieurs cas, ont utilisé des fonds considérables pour amorcer des contestations juridiques générant de ce fait encore plus de manchettes.

Après la publication de *Directives* dans les premières communautés visitées, il est devenu évident que la CRSS devait adopter une approche plus directe dans la communication de ses messages clés pour expliquer, avec des faits, les décisions comprises dans les *Directives* de la CRSS. Il en résulte que la CRSS a acheté de pleines pages de publicité dans les journaux locaux la journée suivant la publication de ses *Préavis* et de nouveau après la publication de *Directives* dans des communautés distinctes. Ces publicités mettent l'accent sur l'articulation des faits relatifs aux décisions de la CRSS et sur les justifications globales de ces décisions. Elles invitaient aussi le public à poser des questions et à émettre des commentaires et offraient de plus amples renseignement sur demande au sujet des travaux de la Commission. Les commissaires considèrent que l'intérêt du public pour le système de santé justifie les publicités pour s'assurer que les travaux de la CRSS sont transparents et que le public est informé. En dépit de la proéminence des publicités, bien peu de réponses sont parvenues du public en termes de soumissions et de requêtes.

Une autre composante clé de la stratégie en matière de relations publiques de la CRSS repose sur les allocutions des commissaires aux conférences, rencontres et ateliers provinciaux. Au cours du mandat de quatre années de la Commission, le président a fréquemment parlé du besoin de restructurer pour soutenir une viabilité à long terme du système, du calendrier des travaux et des processus liés aux travaux de la Commission et du portrait global de la réforme de la santé.

La CRSS a aussi approché les trois caucus politiques et leur leader (libéraux, nouveaux démocrates et progressistes conservateurs) au début de son mandat et lancé une invitation aux membres de chaque caucus à parler des travaux de la CRSS. Au terme de son mandat, la CRSS a de nouveau lancé des invitations à tous les partis pour qu'ils discutent des résultats des travaux et des mesures futures à prendre pour élaborer un système de services de santé provincial intégré.

La pluie de critiques adressées à la CRSS par l'intermédiaire des médias révèle combien il est difficile d'entreprendre la restructuration et l'équilibrage de la santé. Le mérite d'une Commission autonome et indépendante n'a jamais été aussi évident que pendant ces périodes tumultueuses dans les médias.

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS SUR LA MISE EN OEUVRE D'UN MEILLEUR SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ DANS LES COMTÉS DE STORMONT, DUNDAS-GLENGARRY ET PRESCOTT-RUSSELL

Pourquoi modifie-t-on le système?

Le système de santé de l'Ontario doit évoluer en fonction des besoins de la population. C'est pourquoi le gouvernement ontarien a créé un organisme bénévole indépendant appelé Commission de restructuration des services de santé.

Nous sommes des médecins, des enseignants dans le domaine des sciences de la santé, d'anciens administrateurs d'hôpitaux et d'autres experts. Nous prenons des décisions difficiles en vue d'améliorer les services de santé de l'Ontario pour la génération actuelle et les générations futures.

Cette année, l'Ontario dépensera 18 milliards de dollars en fonds publics dans le secteur de la santé. Nous voulons faire en sorte que nos impôts servent à nous doter du meilleur système de santé possible.

Préserver l'excellence du système

Les services de santé de l'Ontario sont les meilleurs qui soient. Nous voulons qu'il continue à en être ainsi. Mais la population, la technologie et les connaissances en matière de santé ont évolué. La croissance des banlieues, ainsi que l'augmentation du nombre de personnes âgées, modifient la répartition de la demande de services de santé et l'emplacement des hôpitaux. Le système de santé doit s'adapter, sinon il s'effondrera.

Planifier les changements soigneusement, une étape à la fois

Le 13 mai, la Commission a annoncé des recommandations préliminaires visant à préserver et à améliorer le système de santé local. Elle a consulté les hôpitaux locaux et le Conseil régional de santé de l'Est ontarien. Elle a considéré soigneusement les besoins particuliers de la collectivité.

Nous sollicitons vos commentaires

La Commission invite le public à présenter ses commentaires au sujet des recommandations d'ici le 15 juin 1998.

Améliorer les services de santé de l'Est de l'Ontario

La Commission a notamment recommandé ce qui suit :

- Tous les hôpitaux resteront ouverts et recevront en tout 31 millions de dollars pour des projets de réaménagement et d'agrandissement.
- Les services de santé, notamment les services de réadaptation, de soins à domicile et de santé mentale, recevront un financement additionnel de 6,5 millions de dollars annuellement.
- L'Hôpital général de Cornwall offrira les soins actifs, les services de réadaptation et de santé mentale, tandis que l'Hôtel-Dieu fournira les soins prolongés complexes et les soins pour affections subaiguës.

Les besoins des régions rurales seront satisfaits

- L'Hôpital Général de Hawkesbury and District General Hospital, l'Hôpital Glengarry Memorial d'Alexandria et l'Hôpital Memorial du district de Winchester sont des hôpitaux ruraux en vertu du *Plan visant l'accès aux services de santé dans les collectivités rurales et du Nord* du ministère de la Santé. La Commission prendra une décision quant à leur rôle à la lumière de ce Plan.

Sommaire des recommandations présentées jusqu'à date

Au cours des deux dernières années, la Commission a présenté les recommandations suivantes pour l'Ontario :

- Consacrer plus de 1,4 milliard de dollars à la modernisation des hôpitaux.
- Affecter plus de 700 millions de dollars annuellement à de nouveaux services communautaires dans les secteurs tels que la réadaptation, la santé mentale et les soins à domicile.
- Ajouter près de 17 000 lits dans les maisons de soins infirmiers et des services permettant d'apporter un soutien à domicile à 24 000 personnes additionnelles.

Pour obtenir de plus amples renseignements

Cette annonce a été publiée pour tenir le public au courant de ces importants changements. Si vous désirez obtenir de plus amples renseignements au sujet du renouvellement des services de santé, vous pouvez téléphoner n'importe quand au numéro sans frais 1-888-534-8396 et demander une trousse de renseignements, écrire au 56 rue Wellesley Ouest, 12e étage, Toronto (Ontario) M5S 2S3 ou visiter le site Web de la Commission à l'adresse www.hsrc-crss.org.

COMMISSION DE RESTRUCTURATION DES SERVICES DE SANTÉ

Section II :

Vision du système de santé de l'avenir

Élaboration de la vision : principaux défis

Vision de la CRSS quant au système de santé de l'avenir

Réponse à la vision de la CRSS

CRSS

SECTION II : VISION DU SYSTÈME DE SANTÉ DE L'AVENIR

Le besoin de définir une vision du système de santé de l'avenir en Ontario a été identifié à la rencontre inaugurale de la CRSS (avril 1996). La vision est considérée importante pour diverses raisons :

- Expliquer le contexte du travail de la CRSS et s'assurer que les décisions de restructuration des hôpitaux sont logiques dans le cadre d'un plan global (c.-à-d., articuler une hypothèse de travail pour les travaux de la Commission).
- Clarifier les motifs de changement et le résultat prévu des réformes.
- Produire un centre d'attention pour susciter les réactions du public et des fournisseurs au sujet de la vision même.

Élaboration de la vision : principaux défis

À la grandeur du pays, une série de rapports publiés sur la réforme de la santé ont identifié uniformément trois objectifs de réforme des systèmes provinciaux de santé :

i. Équilibrer le système entre les services institutionnels et non institutionnels et mettre une plus grande emphase sur les soins appropriés (et sur les besoins en ressources) de l'entière palette des services de santé.

ii. Mieux intégrer et coordonner les soins pour qu'ils paraissent transparents aux malades et à leur famille.

iii. Créer un système centré sur le malade plutôt que sur les hôpitaux.

Chaque province a débattu de la meilleure méthode pour remplir ces objectifs et a de ce fait surmonté de nombreux de défis, notamment :

Manque d'une vision du système de santé de l'avenir : en quoi et comment la qualité des soins et de la vie des consommateurs sera différente une fois la vision atteinte?

Résistance au changement des fournisseurs et des consommateurs : la résistance à la réforme exprimée par les fournisseurs et le public constitue une contrainte majeure à l'obtention de tout soutien à la réforme des soins de santé. Les recommandations visant à inverser l'emphase et le fondement d'un système ou d'une organisation entraînent tout naturellement une résistance des organisations et des personnes qui se voient retirer des ressources.

Système de remboursement pour les médecins (paiement à l'acte) et organisation : en Ontario, l'accord de 1995 intervenu entre le MSSLD et l'OMA requiert l'émergence de nouveaux plans de financement détachés du budget de l'OHIP actuel. Certains ont perçu cet élément comme un obstacle à l'amorce de nouveaux plans de paiement qui présentent de meilleures perspectives que le paiement à l'acte comme incitatifs pour mener à une plus grande intégration des personnes, des institutions et des organisations nécessaires dans le système de santé.

Politique concurrentielle et agendas prioritaires : il y a un réseau de politiques concurrentielles et conflictuelles au niveau provincial.[9] Chacun de ces éléments détient ses propres groupes d'intérêt au sein du gouvernement et à l'échelle de la province. Le défi consiste à amener toutes les parties à mettre de côté leurs prérogatives et priorités sectorielles dans l'intérêt d'une vision partagée d'un système intégré.

Tradition incrustée de financement en «silos» aux secteurs de soins de santé : les incitatifs du système de santé actuel ont résulté en structures organisationnelles dans lesquelles chaque fournisseur travaille avec son propre budget et ne communique même pas facilement avec les autres fournisseurs. En conséquence, trop de personnes s'échappent des mailles du système et ne reçoivent pas une continuité de soins optimale. De plus, il y a un manque de confiance entre les différents silos (c.-à-d., les structures organisationnelles, soit des hôpitaux, des installations de soins de longue durée, des centres d'accès aux soins communautaires (CASC), des organismes communautaires en santé mentale, etc.).

Nouvelle technologies médicales et rôle changeant des hôpitaux : les hôpitaux ne sont plus définis purement comme des lits pour malades hospitalisés. Au moment de la fondation de la CRSS, des milliers de lits hospitaliers avaient été fermés au Canada (environ 9 000 en Ontario), mais, à quelques exceptions près, aucun édifice hospitalier. Une partie de l'argent qui aurait dû être consacré aux soins de première ligne était utilisée pour les infrastructures comme les parties d'édifices ou les édifices inutilisés. Il était probable que le tout se détériore énormément : une immense proportion des lits d'hôpitaux ontariens avait été mise en place après la Deuxième guerre mondiale et atteignait la fin de sa vie utile. Des milliards de dollars en coûts de rénovation seraient requis.

Il était essentiel de s'assurer que ce capital serait utilisé intelligemment. Au même moment, toutefois, le grand public continue de démontrer un fort attachement et une grande loyauté à son hôpital local. Il y a une tendance dans le grand public et parmi certains éléments de la communauté des soins de santé qui consiste à se concentrer sur les structures physiques plutôt que sur les services.

---

[9] En Ontario, ils comprennent par exemple, la création de CASC, les négociations pour la rémunération des médecins avec l'OMA et le transfert des services de santé communautaire aux municipalités.

Accent sur la limitation du coût et sur la redistribution du coût : chaque province s'est débattue pour déterminer les coûts d'option associés pour s'assurer que l'argent total consacré à une activité – y compris les soins de santé – ne prévient pas les investissements dans d'autres éléments tout aussi justifiés. Ainsi, le coût total des soins de santé doit être maintenu à un niveau acceptable et abordable. La population doit être convaincue que son argent est dépensé intelligemment; un bonne gestion est essentielle.

Vision de la CRSS quant au système de santé de l'avenir

En janvier 1997, la CRSS a publié une ébauche d'énoncé de vision résumant les caractéristiques et la structure souhaitables du système de services de santé de l'Ontario (consultez la figure II-1). Le document de vision a décrit le système de santé comme une «série de systèmes de santé interreliés et intégrés et de systèmes de santé universitaires intégrés». Ces «*systèmes*», constitués de groupes d'hôpitaux et d'organismes de santé communautaire, seraient responsables des soins de santé d'une population définie.

Le document de vision constituait une hypothèse de travail utilisée comme base de tout développement ultérieur d'un cadre d'action et de recommandations sur les étapes et les stratégies à suivre pour passer de la vision à *l'élaboration réelle du système*.

Figure II-1 : vision initiale de la CRSS du système de santé de l'avenir (janvier 1997)

> *Notre vision est fondée sur un système de services de santé public qui offre des services universellement disponibles, exhaustifs, accessibles et portatifs qui satisfont ou excèdent les normes de rendement internationales. Il s'agit d'un système provincial organisé pour offrir au malade une meilleure continuité de soins et pour favoriser la diversité au sein de ses éléments et la prise de décision par les personnes touchées. Il est constitué de secteurs[10] qui offrent l'entière gamme de services de santé requis pour promouvoir la santé et offrir des soins de santé à la population ontarienne.*
>
> *Nous considérons un système de services de santé où les régions, les secteurs et les institutions et les organisations qui les constituent sont distinctes, mais consacrés à des objectifs communs. Les contributions de chaque région, secteur, institution et organisation sont intégrées et complémentent celles de toutes les autres pour atteindre les politiques, les buts, les priorités et les objectifs provinciaux requis pour arriver à la vision de santé de l'Ontario.*[11]

Le document de vision a aussi décrit certaines composantes de base essentielles du système de santé de l'avenir (consultez la figure II-2).

Figure II-2 : composantes de base pour atteindre la vision

GROUPE 1 : EXIGENCES DE BASE DE TOUS LES SYSTÈMES	
Vision commune	Tous les secteurs, les institutions et les organisations partagent une vision commune.
Buts, priorité et normes de rendement communs Valeurs et résultats	Les secteurs ont des buts, des priorités et des normes de rendement communs pour optimiser l'accessibilité et la qualité du service. Les secteurs ont des valeurs communes pour atteindre des résultats communs.

[10] Soins primaires, soins à domicile, soins de longue durée, secteur hospitalier, etc.

[11] La vision de santé qui suit a été définie par le Conseil du Premier ministre de l'Ontario sur la santé et endossée par tous les partis de l'assemblée législative provinciale au printemps 1989 : *Nous espérons qu'un jour, l'Ontario sera une province où les gens vivront plus longtemps et en meilleure santé et où les maladies et les handicaps seront progressivement réduits. Une province où les résidents auront la possibilité de vivre en bonne santé grâce à un environnement sûr et non violent, un revenu, un logement, une alimentation et une éducation convenables, de même qu'à un rôle familial, professionnel et social accru. Une province où chacun aura un accès équitable à des services de santé abordables et adéquats, quels que soient sa région, son revenu, son âge, son sexe ou son origine ethnique. Enfin, une province où la collectivité veillera à ce que tous les citoyens vivent en bonne santé.*[11]

Toile de fond de lois, politiques et normes provinciales	Les politiques et les plans sont déterminés par le MSSLD et adaptés périodiquement en réponse à une évaluation continue quant à l'atteinte des buts et des objectifs du gouvernement.
GROUPE 2 : EMPHASE SUR LE SYSTÈME	
Recherche et développement	Amélioration des connaissances de fondement des décisions administratives et cliniques en orientant la prise de décision sur la qualité des soins, la qualité des résultats et les mesures de rendement.
Santé de la population[12] et équilibre entre les soins de santé et la santé.	L'emphase du système englobe la santé de la population ainsi que la santé individuelle, équilibrant l'attribution des ressources pour atteindre l'objectif à long terme d'amélioration de la santé de la population et les impératifs immédiats de diagnostic et de traitement des maladies.
GROUPE 3 : NOUVELLE STRUCTURE DU SYSTÈME	
Système d'information commun	Système d'information partagé permettant d'offrir des données et de l'information exhaustives, à jour et précises pour planifier, coordonner et exploiter le système intégré de services de santé.
Intégration verticale et horizontale	Les diverses institutions et organisations qui offrent le même type de services sont organisées horizontalement en secteurs. Ces secteurs sont intégrés verticalement pour qu'ils fonctionnent ensemble dans chaque région géographique.
Soins primaires	Système de soins primaires réformé qui sert de point d'accès de la population aux services de santé et comme lien avec le reste du système.
Incitatifs et diversité pour encourager les alliances stratégiques qui vont dans le sens d'une plus grande intégration	Le système favorise les initiatives et la diversité locales et régionales et résulte en une coordination horizontale et verticale entre les institutions, les organisations et les secteurs.

12 Depuis la fin des années 1980, le terme «santé de la population» sert à décrire la multiplicité et la gamme des éléments qui contribuent collectivement à la santé.

GROUPE 4 : CARACTÉRISTIQUES OPÉRATIONNELLES DU NOUVEAU SYSTÈME	
Responsabilité partagée	Les enveloppes fiscales et les concepts acheteurs-fournisseurs (entre autres) servent à atteindre des objectifs donnés et à protéger des services particuliers comme les services de santé mentale et pédiatriques.
Incitatifs	Des incitatifs sont créés et les mesures de dissuasion sont supprimées pour encourager les fournisseurs et les consommateurs à favoriser la bonne santé.
Leadership	Les professionnels et autres démontrent un leadership et un engagement de tous les instants pour satisfaire aux besoins de santé actuel et en évolution.
Financement par capitation	Le financement par enveloppe doit permettre aux organisations de satisfaire à tous les besoins de santé d'une population définie et recensée et manœuvrer dans le cadre financier des personnes, des deniers publics et de l'économie provinciale.

Réponse à la vision de la CRSS

Plus de 140 soumissions ont été reçues en réponse à une demande formelle de la Commission pour obtenir des réactions écrites au document de vision de janvier 1997. La majorité des réactions sont provenues de groupes de fournisseurs clés et d'organisations de soins de santé provinciales. Les principales idées suivantes du document ont reçu un appui :

- confiance générale et message du document de vision
- caractéristiques et composantes de base du système de santé de l'avenir
- concept de systèmes intégrés
- réaffirmation des principes de la *Loi canadienne sur la santé* et du besoin de satisfaire à des normes de rendement
- idée de promotion d'une approche *souple* pour l'élaboration de différents modèles de régie et de propriété dans un système de santé reconfiguré
- rôle prédominant de politique globale exercé par le MSSLD
- élaboration d'un système efficace provincial de gestion de l'information de santé

Les idées suivantes ont soulevé des préoccupations :

- manque d'emphase sur le consommateur
- ton conceptuel et théorique de l'énoncé de la vision
- ampleur du changement requis pour élaborer un système de santé plus intégré en Ontario
- manque d'emphase sur le besoin d'obliger, préserver et renforcer les activités d'enseignement et de recherche dans le système de santé

- trop d'emphase sur les questions structurelles (c.-à-d., élaboration d'un SSI) et pas suffisamment sur les facteurs déterminants de la santé et de la santé de la population
- incidence sur les ressources humaines et la main-d'œuvre qui résulterait en de nouveaux changements du système de santé
- volonté et aptitude du MSSLD d'appuyer et d'accélérer les réformes requises (p. ex., changements dans la rémunération des médecins, établissement des horaires, réformes des soins primaires).

Au cours de l'année suivante, la CRSS a révisé l'énoncé de la vision. La président de la Commission a fréquemment présenté des discours à des conférences et à d'autres événements au sujet de l'importance d'une vision de la santé et de la tentative de la CRSS d'en élaborer une.

Au début de 1999, la CRSS a approché nombre de personnes et d'organisations et les à inviter à convoquer une table ronde des groupes d'intérêts dans leur domaine pour solliciter des réactions au sujet des questions importantes pour faire progresser le système de santé. Le besoin d'énoncer et de communiquer une vision de la réforme de la santé est désigné le plus fréquemment comme priorité clé pour la planification des réformes futures du système de santé. Nombre de participants aux tables rondes ont suggéré que la vision soit élaborée sous forme de «plan détaillé provincial» qui indique les buts et les objectifs de la réforme et qui décrit la conception future du système de santé. La conception du système doit traiter des besoins, des souhaits et des préoccupations des consommateurs.

Il n'y a cependant eu aucun consensus quant aux éléments à inclure dans la vision. Il y avait plutôt un large éventail d'opinions exprimées relativement au positionnement et au contenu. Il a par exemple été suggéré que la vision :

- soit menée par les consommateurs et centrée sur les consommateurs avec l'opinion des clients, des utilisateurs et des fournisseurs de soins primaires;
- aide à éduquer le public au sujet des changements nécessaires dans la prestation des soins de santé pour favoriser la confiance, entraîner l'adhésion du public et préparer des prévisions réalistes du système de santé;
- intègre et considère la pertinence du système de santé versus les tendances changeantes en matière d'environnement et de population;
- constitue la base des discussions futures quant à la forme, la structure et les modèles organisationnels à considérer dans le cadre de l'agenda de la réforme de la santé;
- établisse la base d'élaboration d'un plan stratégique avec des objectifs, des stratégies et des buts précis pour former et construire un système de santé coordonné;

- mette fortement l'emphase sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et l'importance des facteurs déterminants généraux et sociaux de santé;[13]
- fasse référence au besoin de normes et de modèles pour obtenir un «cadre de responsabilités intégré et significatif» directement lié aux attentes (c.-à-d., améliorations des résultats du domaine de la santé).

La majorité des réactions reçues au sujet de l'énoncé de vision de la CRSS provenaient des groupes fournisseurs. Pour tenter de répondre aux préoccupations voulant que le système ne soit pas suffisamment centré sur le consommateur, la CRSS a mis sur pied une série de groupes de discussion de consommateurs en novembre 1999. L'objet consistait à déterminer la réaction du public à l'énoncé et à tenter de convertir le *cadre conceptuel* de la vision en images mentales et en un langage que le public comprendrait et accepterait.

Les quatre thèmes suivants sont ressortis des réactions reçues par les groupes de discussion de consommateurs :

i. La population est au fait que le système de soins de santé expérimente des problèmes.
ii. Il y a des préoccupations au sujet des abus dans le système.
iii. Il y a des préoccupations quant à une participation politique trop importante.
iv. La population croit que les coupures et les changements se déroulent trop rapidement, sans pensée à long terme, et qu'ils vont peut-être trop loin.

Les réactions à ces questions et préoccupations variaient grandement selon l'âge des consommateurs. Les consommateurs plus âgés, qui pour la plupart avaient utilisé directement le système de soins de santé et qui étaient présents pendant les jours de gloire où le système représentait des progrès considérables avant l'ère «Medicare», jugent le système «bon», «adéquat», «souple». Ils sont heureux d'en disposer et optimistes quant à son avenir. Ils le considèrent presque idéal.

Les consommateurs plus jeunes, toutefois, ont été exposés à de l'information négative des médias au sujet du système de soins de santé actuel et leurs expériences directes avec le système est moindre. Ils le considèrent distant. Ils le décrivent comme étant «en déclin», «brisé», «épuisé». Ils sont amers à la perspective de disposer d'un système inférieur et pessimiste quant à son avenir. Ils le considèrent à l'opposé de l'idéal.

---

[13] Plusieurs ont suggéré que la vision soit fondée sur les conseils et les recommandations de rapports et de plans antérieurs de mise en oeuvre de la promotion de la santé dans le système de santé qui ont été publiés par l'organisme Centre for Health Promotion (University of Toronto), par l'Institut canadien des recherches avancées (ICRA) et par les anciens Conseils du Premier ministre de l'Ontario.

Les caractéristiques ou attributs du système idéal de soins de santé, du point de vue du consommateur, s'établissent comme suit :

- stabilité, durabilité et sentiment de confiance
- accessible et disponible
- compatissant
- efficace (éléments intégrés, organisés et coopératifs)
- absence d'abus, utilisation et gestion efficace des fonds
- universels
- services de qualité (bonne santé, soins supérieurs)
- exhaustif
- simple et compréhensible

Les préoccupations clés exprimées au sujet de l'énoncé de la vision de la CRSS traitent de l'absence de point de vue du malade (p. ex., empathie, compassion), le ton sec et institutionnel, l'imprécision et la teneur compétitive (entre les composantes du système) alors que la coopération est l'objectif souhaité. L'énoncé de la vision est aussi considéré trop long («un paragraphe»), verbeux («trop de matière») et certains termes utilisés étaient considérés inadéquats pour le public.

Les consommateurs sont d'accord avec la première et la dernière lignes et les idées qui y sont mentionnées. Ils n'apprécient pas le jargon et trouvent que nombre des termes sont difficiles à comprendre (p. ex., modèles, diversité, références internationales secteurs), à teneur politique ou dépouillés de l'élément humain, crucial au système de santé. Les deux principaux points jugés manquants sont le calendrier et l'élément financier (c.-à-d., comment le système sera financé). Le premier facteur est important pour des raisons évidentes, le deuxième est important car les consommateurs savent que l'argent est au coeur des changements considérés.

En gardant cette information à l'esprit, la CRSS a conclu son mandat en proposant un énoncé révisé de la vision :

Figure II-3 : vision «finale» de la CRSS du système de santé de l'avenir (janvier 2000)

> *Notre vision est un système de santé renouvelable qui offre des soins compatissants, exhaustifs, de haute qualité aux personnes qui ont besoin d'aide pour récupérer et maintenir une bonne santé.*
>
> *Tout en reflétant les différences des communautés et des régions, les fournisseurs du système de soins de santé travaillent ensemble avec l'objectif commun de respecter les buts, les objectifs, les politiques et les priorités connus du public nécessaires pour atteindre la vision ontarienne de la santé.* [14]

L'énoncé de la vision n'est pas statique et ne devrait pas l'être. Le contenu de la vision doit être formé par les opinions des nombreux intervenants qui ont des intérêts dans le système de santé, y compris les décideurs du gouvernement, les organisations de soins de santé publiques et privées, les fournisseurs et les consommateurs du domaine de la santé.

Une des principales raisons de la fragmentation du système de services de santé en Ontario est que, en tant que système, il n'y a pas de régie ni de leadership prévalent. Les nombreuses composantes du système – hôpitaux, médecins, installations de soins de longue durée, *etc.* – sont étroitement réglementés mais dans presque tous les cas par des lois qui ne sont pas créées dans une perspective de système. Bien que le MSSLD soit le principal organisme de réglementation ou de gestion, le ministère même est fragmenté. Cette fragmentation est, tout naturellement, reflétée vers la base dans tout le système ce qui se traduit en fait par l'absence de leadership réel.

---

[14] La vision de santé suivante a été préparée par le Conseil du Premier ministre sur la santé de l'Ontario et endossée par toutes les parties de l'assemblée législative provinciale au printemps 1989 : *Nous souhaitons en Ontario une province où les gens vivent plus longtemps, en meilleure santé et où les maladies et les handicaps sont progressivement réduits. Nous voyons des personnes outillées pour réaliser leur plein potentiel de santé au moyen d'un environnement sûr, non violent, d'un revenu, d'un logement, d'une alimentation et d'une éducation adéquates et d'un rôle valorisé dans la famille, au travail et dans la communauté. Nous souhaitons que la population détienne un accès équitable à des soins de santé abordables et appropriés peu importe la géographie, le revenu, l'âge, le sexe ou la culture. Finalement, nous souhaitons que tous travaillent de concert pour en arriver à une meilleure santé pour tous.*

La première exigence de tout système (une entreprise coordonnée) est que les diverses parties qui le constituent doivent marcher d'un seul pas. En langage courant, ce pas est la vision de l'organisation. En l'absence d'une vision commune et de ce fait des énoncés de mission, des objectifs et des buts correspondants, etc., un système de services de santé réel ne peut exister.

La Commission recommande donc que le gouvernement (par l'intermédiaire du MSSLD) prenne la première et la plus significative mesure vers l'établissement d'une régie pour le système de services de santé et articule la vision de ce que ce système doit être et ce qu'il doit faire pour la population desservie. Comme point de départ, le gouvernement doit utiliser la vision de la CRSS qui consiste à amener le public à discuter du système de santé de l'avenir.

Section III :

Analyse et évaluation des options de restructuration

Configuration des services hospitaliers : exigences de capacité et options de sélection de site

Méthode d'évaluation du coût

CRSS

SECTION III : ANALYSE ET ÉVALUATION DES OPTIONS DE RESTRUCTURATION

La CRSS est indépendante du gouvernement et elle a agit de façon autonome dans sa prise de décision relative à la restructuration des hôpitaux. Bien que la Commission se soit vu déléguer, en vertu de la Loi sur les hôpitaux publics, des pouvoirs de fermeture et de fusion des hôpitaux et de déplacement des activités cliniques entre des hôpitaux, la responsabilité du financement des hôpitaux relève toujours du ministère de la Santé.

Les rapports de la CRSS, les *Préavis d'émission de Directives*, les *Directives*, et les conseils au Ministre ont été préparés dans un cadre d'analyse qui comprenait les éléments suivants :

- établissement de modèles de rendement pour les soins aux malades hospitalisés pour affections aiguës
- mise en œuvre de modèles de rendement pour les malades hospitalisés en santé mentale
- mise en œuvre de modèles de rendement pour les soins pour affections subaiguës[15], les soins pour malades chroniques et la réadaptation
- mise en œuvre de prévisions pour la croissance et le vieillissement de la population
- décisions au sujet des installations à fermer ou à fusionner
- régie
- besoin de réinvestissement dans les autres secteurs du système de soins de santé
- investissement en infrastructure et autres coûts non récurrents associés à la restructuration

---

[15] La CRSS a défini les soins pour affections subaiguës comme suit : *Soins à un malade hospitalisé prodigués dans une unité supervisée de malades hospitalisés pour les personnes qui requièrent une récupération plus lente après une chirurgie ou un traitement médical à court terme et une convalescence après un épisode médical aigu. La distinction entre les soins subaigus et les autres types réside dans la nature de la supervision médicale, le degré de soins et de procédures invasives, dans la stabilité de la maladie ou du handicap et dans les exigences de service du malade. Les soins subaigus sont centrés sur les malades qui doivent récupérer une fonction et récupérer leur indépendance avant la réintégration dans la communauté et le retour dans son milieu de vie. Les malades qui reçoivent des soins subaigus souffrent de la perte d'une fonction en résultat à un épisode aigu ou d'un séjour prolongé à l'hôpital, regagneront probablement la fonction après une série de traitements et de soins centrés sur la réadaptation et la récupération et qui ne peuvent recevoir des soins à domicile pour gérer leurs exigences de traitement.* Il faut noter que le MSSLD n'a pas endossé le concept qui vise à établir les soins pour affections subaiguës comme catégorie distincte de financement. En janvier 1999, le MSSLD a avisé les hôpitaux qu'il traiterait la définition des soins pour affections subaiguës de la CRSS comme partie intégrante des soins pour affections aiguës. La section V (réinvestissements) comprend d'autres discussions au sujet de la politique du MSSLD des soins pour affections subaiguës.

Les principaux points de délibération résident dans quatre domaines principaux :

- *configuration de services hospitaliers* fondés sur la détermination des exigences de capacité pour les lits de malades hospitalisés pour affections aiguës, subaiguës, réadaptation, santé mentale et soins pour malades chroniques et une révision des options de sélection de site

- élaboration de *méthode d'évaluation du coût*

- révision des *modèles de régie* pour soutenir le système restructuré.

- *réinvestissements* requis pour soutenir le système restructuré

Les trois premiers articles sont brièvement révisés ci-dessous. La question du réinvestissement est traité dans la section V du présent rapport.

Configuration des services hospitaliers : exigences de capacité et options de sélection de site

Le processus général qui suit sert à préparer une configuration appropriée des services hospitaliers :

1. Évaluer les exigences totales en lits en considérant les indicateurs d'utilisation, les modèles et les schèmes de référence pour les soins pour affections subaiguës, pour les soins pour malades chroniques, la réadaptation, la santé mentale et les soins pour affections subaiguës.

2. Préparer des options pour la configuration des services hospitaliers en tenant compte de la capacité des installations, des indicateurs de qualité (y compris la masse critique et la cohérence clinique nécessaires à la prestation de services) et des indicateurs d'accès.

3. Évaluer les options de configuration en fonction des critères de qualité, d'accessibilité et d'abordabilité.

4. Déterminer la justesse de la décision globale.[16]

---

[16] Cette dernière étape a été désignée par le président de la Commission «essai de l'homme sur la lune» (d'après D.L.Wilson, doyen de la faculté de médecine de Queen's University, 1982 à 1988).

Exigences de lits de soins pour affections subaiguës : l'évaluation des exigences de lits de soins pour affections subaiguës a commencé par la révision des données d'utilisation de 1995-1996 pour les services aux malades hospitalisés pour affections aiguës afin d'identifier des méthodes d'amélioration des services de soins pour affections aiguës destinés aux malades hospitalisés, réduisant de ce fait la capacité de lits.

Les modèles utilisés pour évaluer l'efficacité clinique des services de soins pour affections subaiguës étaient basés sur les meilleures pratiques dans nombres de cas et sur les politiques provinciales dans d'autres cas. Dans certains cas, les meilleures pratiques renvoient au rendement moyen dans le secteur hospitalier ontarien, et dans les autres cas, le niveau des 25 pour cent supérieur a été utilisé (75^{e} percentile).

La CRSS a aussi adopté l'*Outil de planification de décision et de soutien* (OPDS).[17] L'utilisation d'améliorations a été modélisée comme suit :

- 100 pour cent des soins d'autres niveaux[18] ont été supprimés
- 100 pour cent des admissions évitables[19] ont été supprimées
- les chirurgies sur malades hospitalisés ont été converties en chirurgies d'un jour s'il y a lieu (75^{e} percentile)
- la durée moyenne de séjour (DMS) a été réduire (75^{e} percentile pour les cas de 1995-1996)

---

17 L'OPDS est une application logicielle basée sur LOTUS 123 contenant des données et des statistiques pertinentes pour la planification des soins de santé. L'OPDS comprend des données et des statistiques pour la plupart des institutions de soins de santé en Ontario. Le programme promeut : la révision des opérations d'une institution y compris l'efficacité clinique par rapport à toute autre institution de la communauté locale et de la province; l'évaluation des modèles et des tendances d'utilisation courante; l'évaluation des activités courantes dans chaque institution par rapport aux niveaux du comté et de la province.

18 Les cas NAS sont ceux où le malade est prêt à libérer un lit de soins pour affections aiguës, mais où le niveau autre de soin n'est pas immédiatement disponible. Le malade doit alors occuper un lit de soins aigus alors que ses besoins pourraient être mieux servis dans une autre configuration, comme une installation de soins de longue durée. Le report des cas NAS est une décision clinique qui doit être indiquée sur le tableau du malade par le médecin traitant.

19 Les admissions évitables étaient mesurées par le nombre de types de cas distincts qui peuvent être desservis sur une base ambulatoire ou dirigés vers d'autres fournisseurs de services du système de santé et social. Les admissions classées comme évitables comprennent : groupes de clients 851 – «Autres facteurs d'hospitalisation» et 910 – «Diagnostics ne nécessitant pas généralement une hospitalisation.

Les principales critiques soulevées au sujet des modèles des malades hospitalisés pour affections aiguës s'établissent comme suit :

- Aucun hôpital n'atteint le rendement d'un modèle avec des groupes mixtes.
- Les niveaux d'occupation qui pour la plupart déterminent la dimension des édifices sont surévalués.
- Les rapports de la CRSS présentent un degré forcé de précision et de conformité avec des modèles qui ne sont pas près des considérations locales.
- La CRSS n'ajuste pas la variation des taux d'admission ni des iniquités historiques des modèles de base.
- Les conclusions de la CRSS sont perçues comme étant basées exclusivement sur des chiffres.
- la CRSS n'a pas considéré adéquatement les modèles de référence établis spécialement pour les AHSC

La réponse de la CRSS à ces critiques a consisté à expliquer que les taux réels d'admission dans les hôpitaux n'ont pas été ajustés (c.-à-d., diminués); ils ont été acceptés comme caractéristiques de la communauté concernée. Les taux d'utilisation ont plutôt été déterminés en fonction du modèle de *rendement réel* de 1994-1995 en termes de longueur de séjour. La difficulté reconnue avec cette approche est que les communautés avec des taux élevés d'admission de malades hospitalisés peuvent obtenir une amélioration du rendement par une combinaison de réductions des admissions par substitutions de services ambulatoires et communautaires et par des diminutions de longueur de séjour. D'autre part, les communautés avec de faibles taux d'admission doivent se fier principalement aux réductions de longueur de séjour pour arriver au modèle de rendement.

La plupart des hôpitaux considèrent que le 75^{e} percentile pour la longueur de séjour peut être atteinte. Il est toutefois reconnu que de la surveillance et des ajustements pourront être requis selon les circonstances et les conditions locales. De plus, la CRSS croit toutefois qu'il est important de tenir compte de deux facteurs :

- de nombreux hôpitaux ontariens dépasseront (et dépassent) les modèles ciblés,
- d'autres juridictions ont atteint des modèles ciblés plus élevés.

La question du degré de souplesse que doit démontrer la CRSS en matière de capacité a fréquemment été soulevée. À la fin, la CRSS était convaincue qu'il fallait rester ferme sur les modèles de longueur de séjour. Il est important de considérer les modèles de référence historique, mais aussi de développer une approche pour commencer à traiter un volume accru particulièrement dans les domaines ou cela est justifié (c.-à-d., chirurgie conjointe, chirurgie cardiaque et services liés au cancer).

Estimation de la croissance dans l'activité clinique jusqu'en l'an 2003[20] *(méthodologie de croissance)* : les rapports de la CRSS indiquent les projections de population jusqu'en 2003 et déterminent les projections de capacité en fonction de la pratique existante.[21] La CRSS a préparé une méthodologie de croissance pour déterminer l'utilisation appropriée de services dans le futur. La méthodologie a été adaptée à partir de celle préparée pour le *Growth Funding Working Group* du Joint Policy and Planning Committee (JPPC) de l'Ontario en mai 1996.

La croissance est projetée jusqu'en l'an 2003 et calculée programme par programme pour qu'au moment du transfert des programmes entre les installations, la croissance connexe reflété dans ces programmes soit aussi déplacée. Les quatre étapes de calcul de la croissance s'établissent comme suit :

1. Déterminer le changement de population de 1995 à 2003 au moyen des populations projetées qui, à l'échelle de la province, représente une croissance d'environ 2,3 % en moyenne.

2. Calculer l'incidence du changement de la population sur l'utilisation des services hospitaliers au moyen de projections de cas types et de taux d'utilisation liés à l'âge et au sexe en fonction de la croissance de la population. Les calculs ont été effectués pour chaque comté de l'Ontario.

3. Attribuer l'incidence du changement de la population sur les volumes ultérieurs à l'utilisation programme par programme à chaque installation. Évaluer l'incidence de la croissance sur le changement de la demande de services hospitaliers en utilisant une combinaison de deux facteurs :
   - les modèles de référence historiques fondés sur la proportion de cas par âge, le sexe et la catégorie clinique majeure (CCM)
   - un facteur de proximité fondé sur l'hypothèse qu'une personne recevra des services de l'hôpital admissible le plus près de son domicile

4. Totaliser les jours ultérieurs à l'utilisation projetés pour chaque facilité, avec des projections de croissance, et évaluer le nombre de lits équivalents requis en 2003.

---

20 La CRSS a été avisée par le MSSLD de déterminer le volume des services et des réinvestissements en fonction de 2003 (c.-à-d., des projections de croissance de la population). Cette date cible est suffisamment distante pour permettre la mise en oeuvre de la plupart, sinon de toutes, les *Directives* de restructuration de la CRSS et s'adapte bien dans les politiques existantes de la réforme du MSSLD. Toute date ultérieure causerait des erreurs significatives de recensement et de volume des services hospitaliers ainsi que pour les services complémentaires de soins à domicile et les installations pour soins de longue durée. L'annexe C présente de l'information additionnelle au sujet des méthodologies de croissance de la CRSS.

21 La difficulté avec cette approche est que la CRSS n'a pas rendu de décisions de réinvestissement pour les augmentations de volume à mesure que la population vieillit et croît.

Les principales contraintes associées à la méthode de la CRSS pour le calcul de la croissance de l'activité clinique associé à la croissance de la population sont liées à deux facteurs clés :

1. Les niveaux actuels de services peuvent ne pas constituer un bon indicateur des niveaux d'activité lorsque des améliorations d'utilisation sont prises en considération.
2. Impossibilité de prévoir l'évolution des maladies.

Méthode d'évaluation du coût

Bien que les évaluations des économies préparées par la CRSS ne faisaient pas partie des *Directives*, elles ont été incluses dans les *Avis au Ministre*. Dans l'évaluation du coût et des épargnes, la CRSS a utilisé l'Ontario Cost Distribution Method (OCDM), qui augmente les exigences du Canadian Hospital Association Management Information System.

Le but de la préparation d'une méthode d'évaluation du coût consistait à évaluer l'abordabilité (c.-à-d., coût et épargnes possibles) des diverses options de restructuration. La méthodologie même englobe des évaluations d'épargnes liées à quatre domaines :

i. efficacité clinique
ii. consolidation des services de soutien
iii. transfert de programmes, restructuration des épargnes
iv. efficacité administrative

La séquence de détermination des évaluations était importante pour éviter tout dédoublement du calcul et améliorer la précision de l'évaluation du coût et des épargnes possibles. La séquence générale des étapes respecte les évaluations de coût et des épargnes propres à la *méthode d'évaluation du coût des soins pour affections aiguës* et s'établit comme suit :

Étape 1 : détermination des dépenses nettes
Étape 2 : calcul des transferts de programme (et connexes)
Étape 3 : calcul des épargnes engendrées par l'efficacité clinique
Étape 4 : calcul des épargnes associées à la consolidation des services de soutien
Étape 5 : réattribution des autres dépenses[22]
Étape 6 : calcul des épargnes engendrées par la fermeture de sites
Étape 7 : calcul de l'efficacité administrative

---

22 D'autres épargnes peuvent être identifiées lors de la fermeture de sites et de réductions de programme. Ces épargnes sont propres à chaque communauté et sont basées sur les dépenses nettes indiquées dans l'OCDM.

L'évaluation du coût d'activités hospitalières comme les soins pour malades chroniques, de longue durée et aux malades hospitalisés pour affections aiguës en santé mentale, pour les services de réadaptation et les soins pour affections subaiguës requiert aussi la mise en place de méthode d'évaluation du coût distinctes. Certaines de ces méthodes étaient déjà disponibles, tandis que d'autres requièrent d'autres améliorations (consultez l'annexe C pour de plus amples détails). Les épargnes n'ont pas été évaluées pour les malades externes et les services de soins ambulatoires car les données sont incomplètes (ou insuffisamment précises) pour établir un modèle fiable. Le coût de ces services a plutôt été maintenu dans la méthodologie.

Les résultats de la mise en œuvre de chaque méthode d'évaluation du coût sont résumés dans chacun des rapports de restructuration clés de la CRSS dans le cadre de ses conseils aux ministres et aux hôpitaux touchés par les *Directives*. Toutes les évaluations sont qualifiées par une note indiquant que les prévisions des dépenses et des épargnes réelles devront être davantage détaillées pendant la mise en œuvre des *Directives*.

Section IV :

Régie

Analyse des décisions de régie de la CRSS

Facilitation de la régie — leçons retenues

SECTION IV : RÉGIE

> *«La régie, comme structure, comme processus et comme symbole, ne constitue pas un problème tant que les impératifs de régie distincte, les impératifs d'une supposée autonomie, n'entravent pas la voie à la construction du système pour en venir rapidement à des solutions raisonnables et amiables en vue d'organiser de façon optimale les ressources institutionnelles et organisationnelles des éléments du supposé système dans un réel système.* »
>
> (Duncan Sinclair, président, CRSS – Discours à la convention annuelle, Association catholique de la santé de l'Ontario, 26 septembre 1996)

Dans le rapport de 1992, *Into the 21st Century*,[23] la structure de régie a été définie comme étant de portée variable entre les institutions et les organisations fournissant un réseau de services basés sur les hôpitaux. Cette structure comporte toutefois des responsabilités communes :

- indiquer les objectifs de l'hôpital, ses buts, la mission de l'hôpital, la qualité des traitements et des soins aux malades, les relations avec les professionnels, le personnel, la communauté et la province, les rapports hiérarchiques et les responsabilités

- définir et préserver les principes, les valeurs, la culture et l'environnement éthique de l'hôpital, ses relations avec ses malades, les communautés desservies et les autres fournisseurs et groupes d'intérêt du système de santé

- s'assurer de la viabilité financière et matérielle et de l'intégrité de l'hôpital à long terme

- surveiller la gestion efficace et la santé financière de l'hôpital

- s'assurer de la qualité des services dans tous les aspects des opérations de l'hôpital et la surveiller

En rétrospective, la prise de décision au sujet de la configuration des services hospitaliers semble relativement directe comparée aux décisions que devait prendre la CRSS au sujet de la structure de régie qui chapeauterait le système restructuré.

---

23 *Into the 21st Century - Ontario Public Hospitals Report of the Steering Committee*, révision de la Loi sur les hôpitaux publics, février 1992.

En termes généraux, les rapports du CRS sur la restructuration ne présentent pas de stratégies exhaustives (ni même d'options dans certains cas) de reconception de la régie d'un système de santé restructuré. De nombreux rapports du CRS, toutefois, sont porteurs d'un message commun : ils soulignent les difficultés expérimentées par les communautés à appuyer la modification des structures de régie traditionnelles, spécialement si l'amélioration au système se traduit par un choix entre deux structures existantes ou plus.

En fait, la CRSS a découvert que d'amères rivalités entre les organisations ou la régie confessionnelle constituaient une composante de la restructuration. Souvent les communautés étaient paralysées. Dans de nombreux cas, le «coût» perçu du choix entre une organisation et une autre par exemple, est jugé trop important. Il en résulte que les difficultés de l'élaboration d'options de régie appropriées constituaient une contrainte majeure aux efforts de certaines communautés à restructurer le système hospitalier local de leur propre chef. Il y avait toutefois des exemples où ces difficultés ont été surmontées (p. ex., Sault Ste. Marie, Chatham, Sarnia) grâce aux parties concernées.

Au début du mandat de la CRSS, les principes suivants ont été adoptés pour guider la préparation et l'évaluation des options de régie du système hospitalier restructuré :

- La tradition de *régie bénévole* a bien servi les communautés ontariennes au cours du dernier siècle et devrait être maintenue et améliorée dans un système de services de santé restructuré.

- Il y a d'importants avantages à tirer de la *diversité des traditions et des cultures* qui prévalent dans les hôpitaux et les organisations de soins de santé en Ontario. Les différences de tradition et de culture ne doivent toutefois pas entraver la voie à l'évolution nécessaire de l'autonomie à l'interdépendance en matière de prestation de services aux malades plus efficaces.

- La priorité des structures et des fonctions de régie doit viser à *promouvoir les interdépendances* sur lesquelles un système fonctionnel bien coordonné et stratégiquement planifié peut être élaboré et maintenu.

- Il n'y a pas un système ou un modèle de régie «optimal», mais il faut trouver de meilleures façons pour promouvoir un plus grande intégration et une plus grande efficacité parmi les diverses composantes du système de santé.

- De nouveaux modèles de régie doivent émerger qui permettront aux organisations individuelles de démontrer les forces et leurs talents à déléguer leurs responsabilités collectives et à préserver et améliorer chaque organisation et institution.

- L'essai de meilleures options de régie requiert le développement d'une variété de modèles – impliquer les institutions et les organisations avec différents historiques, attitudes et approches. C'est au niveau local que les détails au sujet de la forme et de la conception des structures et des façons optimales de mise en œuvre sont le mieux élaborés.

Il a aussi été convenu que tous les *Avis* ou les *Directives* remis aux hôpitaux par la Commission devraient comprendre un énoncé qui met l'accent sur l'importance et le besoin de s'assurer que la composition de tous les conseils d'administration est représentative de la communauté desservie :

> *La structure de régie [le conseil d'administration] doit être représentative des communautés desservies et tenir compte des caractéristiques démographiques, linguistiques, culturelles, économiques, géographiques, ethniques, religieuses, et sociales de la [communauté] région.*

De plus, il a été décidé que lorsque de *nouveaux* conseils d'administration étaient créés (c.-à-d., par la fusion d'installations), une nouvelle *directive* devait être donnée au sujet de la composition du conseil d'administration :

> *Les plans [de régie] doivent s'assurer que les membres du nouveau conseil d'administration détiennent une expérience et une expertise suffisante.*

La CRSS a déterminé diverses approches de régie basées en grande partie sur l'évaluation des circonstances locales. La CRSS était cependant guidée dans sa prise de décision par les principes généraux mentionnés ci-dessus.

Diverses méthodes permettent de favoriser un lien et des relations étroites entre les hôpitaux. La sélection d'une structure de régie appropriée pour promouvoir une plus grande intégration et de meilleures relations doit, par exemple, tenir compte des attributs des différents modèles de régie ainsi que des préférences locales et des objectifs et des besoins de l'entité proposée. La figure IV-1 résume les termes et le langage utilisé par la CRSS pour décrire les diverses options de régie considérées dans ses travaux.

Figure IV-1 : options de régie et définitions de termes

Terme	Définition	Éléments essentiels
Fusion[24]	Deux corporations hospitalières distinctes ou plus qui se regroupent et continuent d'agir comme une corporation conformément aux dispositions de la Loi sur les corporations et de la Loi sur les hôpitaux publics. [Nota : ceci signifie que les hôpitaux qui ne sont pas séparément incorporés ou ceux qui sont incorporés en vertu d'une loi spéciale ou de toute autre loi que la Loi sur les corporations doivent être incorporés en vertu de la Loi sur les corporations avant que la fusion se déroule en vertu de cette législation.]	Résulte en une nouvelle personne morale, *c.-à-d.* une structure permanente d'existence juridique distincte de celle de ses fondateurs et en responsabilités limitées des fondateurs, par opposition à un accord contractuel. Afin de fusionner, les dispositions de la Loi sur les corporations doivent toutes être respectées. L'approbation du ministre de la Santé, du Public Guardian and Trustee et du ministère de la Consommation et du Commerce est requise. Il peut en résulter une corporation qui absorbe l'autre ou l'émergence d'une corporation fusionnée avec de nouveaux objets, se dégageant des corporations fusionnées, *c.-à-d.*, la fusion ne doit pas nécessairement être une prise de contrôle et peut être plus satisfaisante politiquement que la fermeture et le transfert d'éléments d'actif.
Accord d'alliance	Lorsque deux hôpitaux ou plus conviennent par contrat de combiner le financement et la gestion, les ressources cliniques et de soutien afin d'améliorer la qualité et la prestation de services hospitaliers par la consolidation, sans créer une corporation.	Créée en vertu d'un contrat qui peut inclure les éléments suivants : objet et portée de l'alliance; emplacement du bureau principal; durée de l'accord; montant des contributions financières à l'alliance par chacun des participants; procédures comptables, financières et autres dossiers; accords de dissolution et de liquidation; mécanismes de résolution de conflits; gestion de l'alliance, y compris l'attribution de l'autorité de prise de décision et les tâches de chaque participant.

[24] Les fusions discutées ici sont celles qui sont effectuées sous le régime de la Loi sur les corporations, la loi ontarienne régissant les corporations à but non lucratif. Ces fusions peuvent être désignées «fusions juridiques». En vertu de ces lois, les corporations suivent la procédure juridique prescrite pour se fusionner [article 113 de la Loi sur les corporations].

Comité de direction mixte («CDM»)[25]	Organisme comprenant des représentants des conseils d'administration de deux hôpitaux participants ou plus qui a l'autorité de prendre des décisions opérationnelles au nom des hôpitaux participants pour faciliter l'intégration et la liaison entre les hôpitaux, les services dispensés, les programmes gérés et leur personnel clinique, professionnel et administratif. Requiert une majorité de directeurs de chaque organisation pour agir.	Les hôpitaux participants continuent d'agir comme entités distinctes, sujettes à la délégation de certains pouvoirs par le CDM. L'autorité de prise de décision quant à des questions précises est explicitement déléguée par les conseils d'administration au CDM. La relation doit être créée en vertu d'un accord ou d'un contrat écrit qui établit idéalement des règlements ou des protocoles sur la conduite des affaires et des opérations du CDM, y compris les exigences de responsabilité et les obligations de rendre compte par rapport aux conseils d'administration.
Contrat ou accord	Document juridique précisant la nature des relations [intégrées] entre deux hôpitaux ou plus, y compris les droits et les devoirs de chaque partie et de toute réparation ou pénalité en cas de manquement.	Remplit les exigences de validation d'un contrat, p. ex., offre, acceptation, considération, consensus, etc. Précise la nature exacte des droits et des devoirs contractuels de chaque partie et toute réparation ou pénalité en cas de manquement.
Contrat de gestion et d'administration	Contrat entre deux hôpitaux ou plus, déterminant les droits et les devoirs contractuels de chaque partie par rapport aux services administratifs, de gestion ou du personnel partagés, intégrés ou consolidés, y compris, sans s'y limiter, le directeur général, l'équipe de gestion, le personnel administratif, le personnel des systèmes d'information et de technologie et des services professionnels.	

25 Les CDM peuvent aussi mettre simplement l'accent sur la planification stratégique et la prise de décision en matière de programmation, de liaisons cliniques et de la consolidation des services administratifs, de soutien et cliniques. Ils peuvent en plus se voir attribuer une responsabilité de prise de décision sur la gestion des ressources et des opérations et, en outre, sur la mise en oeuvre de la gestion, de l'administration et du leadership clinique partagés et sur les plans de fonctionnement, les systèmes d'information et les plans d'adaptation des ressources humaines intégrés.

Contrat de services de soutien	Contrat entre deux hôpitaux ou plus, déterminant les droits et les devoirs contractuels de chaque partie par rapport aux services partagés, intégrés ou consolidés de soutien du personnel, y compris, sans s'y limiter, les services de sécurité, d'achat, d'entretien, alimentaires et de buanderie, excluant les services de laboratoire.	
Contrat de services cliniques	Contrat entre deux hôpitaux ou plus, déterminant les droits et les devoirs contractuels de chaque partie par rapport aux services partagés, intégrés ou consolidés de personnel clinique, y compris, sans s'y limiter, les services médicaux, dentaires, infirmiers, psychologiques, de travail social, pharmaceutiques, thérapeutiques occupationnels et physiothérapeutiques.	
Désistement de l'exploitation et de la gestion	Une *Directive* stipulant que le conseil d'administration d'une corporation hospitalière délaisse la gestion et le contrôle (et dans certains cas la propriété) d'un hôpital à un autre hôpital signifie que la corporation hospitalière qui doit se désister cesse de participer au fonctionnement de l'hôpital. Le conseil d'administration d'une corporation hospitalière auquel le fonctionnement, la gestion et le contrôle sont transférés assume (à moins de toute *Directive* contraire) l'entière responsabilité pour la prestation des programmes et des services de l'hôpital qui doit se désister et pour la gestion de ses ressources et de ses éléments d'actif.	Un *hôpital devant se désister* désigne un hôpital auquel la CRSS a indiqué de délaisser le fonctionnement, la gestion et le contrôle de certains ou de tous ses programmes ou services (et dans certains cas, la propriété) à un autre hôpital. L'*hôpital destinataire* désigne un hôpital auquel la CRSS a transféré le fonctionnement, la gestion et le contrôle de programmes ou de services (et dans certains cas, la propriété) à partir d'un *hôpital devant se désister*.

Analyse des décisions de régie de la CRSS

Certains interprètent les rapports de la CRSS sur la restructuration hospitalière comme une menace à la poursuite de la régie confessionnelle des hôpitaux. Ce n'est pas le cas, ni par leur objet, ni par leur intention. Après la restructuration des hôpitaux ontariens par la CRSS, les hôpitaux confessionnels demeureront d'importants collaborateurs aux soins de santé de nombreuses communautés et à la province dans son ensemble.

L'élaboration du système requiert une plus grande interdépendance des hôpitaux entre eux et avec les autres institutions et organisations. L'atteinte de l'interdépendance tout en préservant les avantages de la diversité, des différences culturelles et des traditions représente un défi significatif, autant pour les hôpitaux confessionnels que laïques.

La CRSS était au fait depuis le départ que la diversité de la province ne permettrait pas qu'un seul modèle corresponde à toutes les situations. Plutôt, plusieurs options de régie sont requises, toutes étant déterminées par les paramètres globaux. Ainsi, les discussions de la CRSS au sujet de la régie reposent sur les croyances suivantes :

- La diversité présente des avantages pour l'intégration.
- La restructuration permet d'explorer de nouveaux rôles au sein d'un nouvelle structure et de préserver les avantages de la diversité.
- La souplesse de conception peut être préservée tout en favorisant une structure qui soutien la restructuration.
- Les discussions au sujet de la régie doivent être distinctes de celles de la gestion.
- La CRSS doit offrir une latitude pour préserver les structures de régie confessionnelles au besoin, soit comme corporation autonome ou comme groupe affilié.
- La CRSS doit se référer aux, et dans la mesure du possible, se baser sur, les précédents établis et fructueux (p. ex., la structure de régie confessionnelle et laïque établie à Sault Ste. Marie).

Un des résultats immédiats de la restructuration des hôpitaux urbains réside dans l'atteinte d'une consolidation significative, initialement de la régie et ensuite de l'administration supérieure. Cette première étape d'atteinte d'une structure de régie restructurée, promet beaucoup en matière de consolidation des services administratifs et de soutien et des programmes cliniques. À long terme, la CRSS prévoit que plus de ressources seront attribuées aux soins aux malades en résultat à l'efficacité des services administratifs et de soutien.

Nomination de facilitateurs

Dans de nombreuses communautés, la CRSS a recommandé la nomination d'un facilitateur pour aider les parties à satisfaire aux *Directives* de la CRSS. Dans la

plupart des cas, les facilitateurs ont été appelés à jeter les bases de regroupement des régies comme première étape de mise en œuvre des *Directives* de la CRSS. Le rôle des facilitateurs nommés par la CRSS s'établit comme suit :

- Créer et préserver un environnement qui favorise des relations de travail efficaces entre les parties pour qu'elles puissent traiter des enjeux de manière constructive et résoudre rapidement les conflits.

- Consulter (au besoin) le conseiller juridique nommé par la CRSS quant à l'interprétation juridique des *Directives* de la CRSS et aux lois applicables et quant à la pertinence des options de régie et des relations organisationnelles considérées par les parties.

- Établir et déterminer les responsabilités avec les hôpitaux et la CRSS, comme le définit la CRSS :

➢ Au début du processus, il est prévu que le facilitateur rencontre chacun des hôpitaux séparément pour identifier les préoccupations, les intérêts, les attentes et les options de chacun des hôpitaux. Le facilitateur travaille avec les hôpitaux pour préparer un plan de travail agréable pour toutes les parties qui comprend un énoncé clair des règles fondamentales, des pièces d'accompagnement et des calendriers des activités.

➢ Le facilitateur est nommé par la CRSS et il relève de la CRSS en vue d'assister les parties pour satisfaire aux *Directives*.

➢ Le facilitateur doit aviser la CRSS, au su de toutes les parties, si les progrès sont insuffisants, si les travaux sont interrompus ou si une partie se retire. La CRSS peut demander un rapport et des recommandations définitifs au facilitateur.

➢ Lorsque la CRSS détermine que le facilitateur doit poursuivre son rôle pour traiter des questions non résolues et finaliser d'autres *Directives*, la CRSS en avisera les parties.

Il relève aussi des facilitateurs de fournir des rapports à la demande des parties ou de leur propre chef. Dans la plupart des cas, les hôpitaux visés par la facilitation doivent assumer les frais des facilitateurs.

La figure IV-2 présente un résumé des principaux facilitateurs nommés par la CRSS dans les communautés à l'échelle de la province pour aider à la mise en œuvre des *Directives* de la CRSS.

Figure IV-2 : facilitateurs nommés par la CRSS en matière de régie

FACILITATEUR	TÂCHE OU PROJET
Tim Armstrong	Haliburton, Kawartha et Pine Ridge (HKPR) : assister aux changements structurels du conseil d'administration pour la *Northumberland Health Care Corporation*
Paul Cramer/ Francine Pillemer	Grand Toronto : fusion de *Orthopedic and Arthritic Hospital, Sunnybrook Health Science Centre* et *Women's College Hospital*
Michael Decter	RGT/905 : fusion de *Peel Memorial, Georgetown and District Memorial* et *Etobicoke General* Kingston : étudier la possibilité d'un accord intérimaire entre *Hotel Dieu Hospital, Kingston General and Providence Continuing Care Centre (de pair avec A. Hudson)*
Michael Delaney	Grand Toronto : transfert de l'exploitation et de la gestion de programmes et de services de *Doctors Hospital* à *The Toronto Hospital*
Claude Halpin	RGT/905 : fusion de *Oakville Trafalgar Memorial* et *Milton General and District*
Christine Hart	Grand Toronto : transfert de l'exploitation et de la gestion de *Wellesley-Central* à *St. Michael's*
Tom Heintzman	Grand Toronto : [résolution de préoccupations en suspens] sujet : fusion de *Orthopedic and Arthritic Hospital, Sunnybrook Health Science Centre* et *Women's College Hospital*
Alan Hudson	Kingston : étudier la possibilité d'un accord intérimaire entre *Hotel Dieu Hospital, Kingston General and Providence Continuing Care Centre (de pair avec M. Decter)*
Hugh Keily	Grand Toronto : préparation d'un plan de transfert des responsabilités pour l'exploitation et de la gestion des programmes et des services de *North York Branson* à *North York General* Pembroke : préparation d'un plan de régie pour *Pembroke General*
Graham Scott/ Maureen Quigley	RGT/905 : fusion de *Whitby General Hospital, Oshawa General Hospital, North Durham Health Services* et *Memorial Hospital* (Bowmanville) Niagara : fusion de *St. Catharines General, Greater Niagara General, Welland County General, Shaver, Douglas Memorial, Niagara on the Lake, Niagara Rehabilitation Centre* et *Port Colborne General* Grand Toronto : fusion de *Addiction Research Foundation, Clarke Institute of Psychiatry, Donwood Institute, Queen Street Mental Health Centre* Fusion de *Toronto Rehabilitation Centre, Rehabilitation Institute of Toronto* et *Lyndhurst Hospital* Ottawa-Carleton : fusion de *Ottawa Civic, Ottawa General, Riverside* et *Salvation Army Grace* Sudbury : fusion de *Laurentian Hospital, Sudbury General* et *Memorial*
Carolyn Sherk/ Louise Leonard	Grand Toronto : transfert de l'exploitation et de la gestion de *St. Bernard's Hospital* à *St. John's Rehabilitation Centre*
Andrew Szende	RGT/905 : fusion de *Centenary Health Centre* et *Ajax Pickering General*
Michael Watts	Ontario du Nord-Ouest : création d'une structure de régie pour le nouveau *Northeast Mental Health Centre.*

Facilitation de la régie – leçons retenues

Le 23 octobre 1999, la CRSS a convoqué une rencontre de tous les facilitateurs pour discuter des leçons tirées de la facilitation des processus. La plupart des facilitateurs ont assisté à la rencontre ainsi que des représentants de la CRSS et de son personnel. La CRSS remercie les participants aux discussions. En particulier, la CRSS souhaite remercier M. Bill Blundell, ancien président de la Financière Manuvie, pour ses conseils au sujet de la préparation et de l'organisation des événements du jour, pour son leadership comme président de la rencontre et le professeur Louise Lemieux-Charles (University of Toronto) pour ses conseils et son assistance dans le cadre de la rencontre.

Nous avons demandé aux participants de discuter de leur expérience et de répondre à trois questions au sujet de la facilitation :

1. *Qu'est-ce qui a facilité le processus?*
2. *Qu'est-ce qui a ralenti le processus?*
3. *Quelles leçons doit-on retenir?*

De plus, nous avons demandé aux participants de commenter deux éléments :

1. *Étant donné leur rôle et leur expérience comme facilitateur, la facilitation a-t-elle été un mécanisme efficace pour en arriver à un accord au sujet des changements de régie des hôpitaux?*

2. *À mesure que la restructuration des soins de santé évolue, comment les futurs changements de régie du système de santé peuvent-ils être facilités pour favoriser des alliances verticales plus solides entre les fournisseurs de soins de santé?*

Principales observations

En fonction des présentations des facilitateurs, il est évident que les expériences se sont révélées forts différentes selon le processus de facilitation.

Certains ont participé à des processus caractérisés par un environnement d'entente où l'objectif final était la fusion de deux parties ou plus. Dans ces cas, les participants ont consacré leurs efforts aux questions pragmatiques liées à la représentation et au processus d'établissement de la nouvelle structure de régie. D'autres ont été confrontés avec des parties hostiles et devaient consacrer plus de temps et d'efforts pour s'assurer que le processus même surmonte les hostilités avant de traiter des questions plus pragmatiques.

Bien que de nombreux facteurs affectent les processus de facilitation, les plus répandus et importants se rapportent aux facteurs *environnementaux* ou aux *préoccupations et circonstances locales*. Les deux derniers facteurs produisent la plus grande incidence sur le résultat du processus, l'acceptation au niveau local et la cadence de mise en œuvre des résultats.

La fondation de la CRSS par le gouvernement provincial, comme organisme indépendant responsable de l'émission de *Directives* juridiques liées à la restructuration des hôpitaux, a créé un environnement où il se dégage un consensus général que le «statu quo» en matière de régie et de gestion des hôpitaux serait modifié. Ceci permettait aux facilitateurs de s'attendre à ce que le processus local so*it* fructueux.

Le rôle neutre des facilitateurs constitue un facteur positif pour les discussions inhérentes à la régie locale. La plupart des facilitateurs ont été nommés par la CRSS à partir d'une liste de candidats recommandés par les hôpitaux mêmes. Les facilitateurs ont l'avantage d'être autonomes par rapport à la CRSS et d'être responsable à la CRSS et aux hôpitaux pour leur rôle dans le processus de facilitation. Il a toutefois été noté que malgré les efforts considérables de maintien de leur neutralité, certains hôpitaux ont considéré les facilitateurs comme une force leur étant imposée par la CRSS ou comme émissaires de la CRSS. Dans ces situations, les facilitateurs ont noté que leurs relations avec les hôpitaux touchés étaient souvent tendues et de confrontation.

Certains facilitateurs ont noté qu'un élément clé des paramètres qui a grandement assisté au processus résidait dans leur aptitude à faire des recommandations à la CRSS en l'absence d'entente entre les parties. En d'autres termes, les hôpitaux savaient que si les négociations bloquaient sur des questions critiques, la CRSS pourrait demander des recommandations aux facilitateurs à cet effet et considérer l'avis du facilitateur dans l'émission de *Directives* additionnelles.

D'autre part, des facilitateurs ont soulevé le fait que leur aptitude à recommander des solutions à la CRSS rendait certains hôpitaux moins ouverts au compromis local et hésitaient de ce fait à discuter des préoccupations avec les facilitateurs et étaient plus enclines à soumettre les enjeux à la CRSS pour les résoudre. Cela est particulièrement évident dans les processus où les parties qui se perçoivent comme «perdantes éventuelles» (si un compromis était atteint) choisissent de ne pas accepter la solution jusqu'à ce que la CRSS leur ordonne.

Quelques facilitateurs ont mentionné que s'ils avaient pu travailler de plus près avec le personnel de la CRSS dans l'élaboration des *Directives* pour satisfaire les circonstances locales, le résultat aurait été meilleur. D'autres ont toutefois argumenté que le maintien d'une relation autonome avec la CRSS et le MSSLD aidait à établir et à maintenir leur neutralité et leur indépendance.

Les facilitateurs étaient divisés à savoir si les paramètres de facilitation de la CRSS étaient appropriés. Certains ont noté le manque de spécificité du processus de facilitation et croyaient que la structure de régie permettait un jeu pour concevoir des solutions locales en vue de satisfaire aux *Directives* de la CRSS. Ceci a donné aux parties l'occasion de concevoir des structures et des processus de régie conformes aux besoins et aux attentes locales. D'autres ont noté que les paramètres limitent leur aptitude à passer outre aux tâches de régie des hôpitaux pour discuter d'enjeux globaux de l'intégration du système et du rôle des autres fournisseurs de la santé (et de leurs relations avec eux).

Les préoccupations et les circonstances locales constituent des facteurs clés qui touchent la facilitation. Dans les communautés où les conseils d'administration des hôpitaux n'avaient auparavant par réussi à établir des liens formels et à intégrer des structures avec les autres hôpitaux, les *Directives* de la CRSS présentent un contexte favorable pour atteindre ces objectifs. Dans ces communautés (et dans les cas où le leadership des hôpitaux locaux appuie les *Directives*), le processus de facilitation a rapidement évolué pour établir les nouvelles structures de régie et de gestion.

Certains des facteurs clés de succès identifiés dans la promotion de l'acceptation de la mise en place d'une nouvelle structure de régie et dans l'accélération de sa mise en œuvre comprennent l'aptitude à :

- trouver des solutions locales pour en arriver à une transition ordonnée à partir des structures de régie précédentes jusqu'aux nouvelles organisations fusionnées

- préparer des solutions évolutives plutôt que révolutionnaires

- valider et respecter le conseil d'administration, le leadership de gestion et du personnel médical existants

Dans les communautés où la relation entre les hôpitaux était caractérisée par l'antipathie, la rivalité et le manque de confiance, la facilitation a d'abord porté sur des processus de développement pour traiter des barrières relationnelles. Les enjeux et les relations historiques, en particulier, ont joué un rôle de ralentissement ou de déraillement du progrès des discussions au sujet de la régie, spécialement dans les cas où l'apathie ou l'hostilité dure depuis des années. Lorsqu'il était survenu des expériences négatives et que de nouveaux partenaires étaient proposés, la fusion était bienvenue. Lorsqu'il y avait une perception que les contributions antérieurement valorisées d'un partenaire de fusion n'étaient pas reconnues, le processus était ralenti. L'opposition de certains hôpitaux aux *Directives* de la CRSS, la position agressive adoptée par d'autres et les préoccupations des petits hôpitaux au sujet de la prise de contrôle (spécialement où de grands et de petits hôpitaux devaient se fusionner) a retardé le processus et créé des préoccupations de confiance entre les parties.

Il se dégageait un consensus général, une fois le processus de facilitation local en branle, que l'intransigeance (fermeté) de la CRSS quant à son appui du facilitateur gardait le processus en mouvement et maintenait les parties à la table. La CRSS a refusé de négocier avec les parties pendant le processus de facilitation et ne rencontrait aucun hôpital au sujet d'enjeux autres que ceux liés au processus de facilitation. Dans ces cas, la CRSS assistait aux rencontres avec l'approbation du facilitateur. Un autre facteur qui contribue à l'intransigeance de la CRSS est la position ferme du gouvernement de ne pas interférer avec le mandat et le travail indépendants de la CRSS et de ses décisions.

Les calendriers des activités présentent des facteurs positifs et négatifs. Certains ont mentionné que les courts échéanciers ont gardé le processus de facilitation en mouvement et les parties concentrées sur les tâches nécessaires pour produire les changements de régie. D'autres ont indiqué que les échéanciers serrés ont empêché les parties d'engager des discussions d'ordre plus général au sujet de l'intégration des services au-delà des hôpitaux. En outre, un échéancier serré rend difficile l'établissement d'un lien de confiance, la considération des questions relationnelles entre les parties et a demandé beaucoup de temps aux bénévoles.

Leçons clés

Les leçons tirées des discussions figurent ci-dessous.

Conditions favorables –Les conditions suivantes ont contribuer à obtenir un *processus* et un *résultat* fructueux :

- autorité juridique de la CRSS
- positionnement et établissement des processus indépendants de la CRSS
- neutralité du facilitateur
- aptitude des facilitateurs à émettre des recommandations à la CRSS lorsque les parties ne peuvent s'entendre et échéanciers serrés
- intransigeance de la CRSS et refus du gouvernement de s'impliquer dans les enjeux et les décisions de la CRSS
- soutien de la CRSS aux moments critiques selon les besoins du facilitateur
- négociation des paramètres pour le processus de facilitation, y compris les attentes et des communications constantes et régulières de toutes les parties au sujet des progrès et des étapes à venir (selon l'accord des parties au début du processus)

Diversité du processus – Étant donné la diversité de la plupart des communautés, des enjeux et des besoins locaux, une approche ne peut satisfaire à tous les scénarios. Le processus et la structure de facilitation doivent être souples et stratégiquement planifiés pour atteindre l'objectif requis et, en même temps, tenir compte des circonstances et des enjeux locaux, y compris l'historique des parties et des hôpitaux qui participent au processus.

Mandat – Il y aura toujours des questions au sujet de la perception d'ambiguïté du mandat de facilitation selon les perspectives et les objectifs de chaque partie. Toutefois, il est convenu que le niveau de régie constitue le point de départ approprié d'approche et d'exécution des changements généraux. Les systèmes hospitaliers sont complexes et reposent sur une multitude et une variété de structures pour promouvoir le changement. Dans certaines communautés, il est perçu que la portée du mandat de facilitation devrait aller plus loin que l'établissement d'une nouvelle structure de régie des hôpitaux pour traiter des enjeux connexes du système de santé comme l'incidence des changements sur les services de soins de santé de longue durée, par l'intermédiaire d'une approche intégrée. Il a été noté que certaines parties souhaitaient étudier comment la nouvelle structure de régie cadrerait dans un système intégré, mais qu'elles se sentaient limitées par le mandat de facilitation.

Leadership – La facilitation demande un important investissement en temps de la part des bénévoles, des cadres supérieures et des médecins qui représentent leur organisation. Il faut reconnaître le temps consacré par ces personnes et le rôle critique qu'elles jouent dans le processus de négociation.

Rôle des facilitateurs – Le rôle des facilitateurs s'est révélé varié et a été touché par plusieurs facteurs y compris l'importance des enjeux, le niveau du consentement local et l'acceptation des *Directives* de la CRSS, la relation entre les parties, les enjeux et les intérêts locaux et les perceptions locales des personnes en position de pouvoir et de contrôle. *Les facilitateurs sont-ils responsables d'obtenir un consensus ou une entente ou simplement d'imposer le changement?* Pour maintenir le momentum et l'attention, les facilitateurs doivent être en mesure de contrôler et de gérer tous les aspects du processus de facilitation, y compris la documentation et la communication avec les parties. Il est primordial que le rôle du facilitateur soit précisément présenté aux parties au début du processus. Il faut toutefois reconnaître que la complexité des enjeux peut ne pas devenir évidente tant que le processus n'est pas amorcé.

Leçons pour les facilitations à venir

Il est prévu que les futurs changements de régie se dérouleront dans le cadre d'une intégration verticale plus générale impliquant une variété de fournisseurs de soins de santé. Certaines des leçons tirées de l'expérience de facilitation avec les hôpitaux, qui peuvent être appliquées de façon générale, suivent :

- Des efforts importants devront être déployés pour jeter les bases du besoin de changement dans la communauté. Le fait de commencer par la régie peut se révéler inadéquat si les communautés et les organisations n'ont pas participé aux discussions de restructuration et n'attendent pas de grands changements. Ainsi, une formation en préplanification et en négociations pour les parties leur permettrait de communiquer plus efficacement entre elles. Il faut aussi prévoir du temps pour les débats locaux.

- La facilitation est une première étape critique, mais les défis et les barrières doivent être prévus au départ tout en identifiant des approches de rechange au besoin. Comme diverses approches seront probablement requises pour différentes communautés, une session de stratégie avec des facilitateurs individuels avant une facilitation doit être considérée pour évaluer les défis en jeu. Par exemple, la prévision des événements et des annonces qui peuvent faire dérailler le processus ou la gestion d'un processus hautement politisé où le sort d'une organisation est scellé mais que la communauté s'y oppose tout de même, peut demander un travail de front.

- La quête d'adhésion peut se révéler irréaliste lors de la fermeture d'installations car les membres du comité de direction en place peuvent ne pas être en mesure de conquérir immédiatement l'opinion. Dans de tels cas, les objectifs de la facilitation doivent mettre l'emphase sur différents types de processus.

- Il est primordial de déterminer l'évolution du processus tout au cours de la facilitation, de la gestion de projet à la facilitation et à l'arbitrage. À mesure que le processus évolue vers l'arbitrage, l'adhésion au niveau local sera probablement moindre car le résultat est perçu comme une solution imposée.

- Il faut reconnaître qu'il y a des limites aux résultats que peuvent atteindre les personnes et les organisations en un court laps de temps. Par exemple, il faut du temps pour développer et accepter une nouvelle vision et renouveler le conseil d'administration une fois la nouvelle organisation fusionnée en place. La régie de deuxième niveau peut constituer une étape intérimaire nécessaire bien qu'elle présente le risque de perpétuer l'ancienne méthode de fonctionnement et de créer des obstacles majeurs lorsqu'une innovation est considérée. Ainsi, l'avantage d'une solution intérimaire basée sur la communauté doit être évaluée en fonction du besoin d'une approche plus intégrée.

Section V :

Réinvestissements

Services autres que pour les affections aiguës

Investissement en capital

— secteur des hôpitaux affections aiguës

Investissement dans les secteurs autres que pour les affections aiguës

Frais de fonctionnement non récurrents

CRSS

SECTION V : RÉINVESTISSEMENTS

La CRSS est partie du principe que le «système» serait stable du point de vue financier. Ce principe reflétait l'engagement du gouvernement de maintenir à un peu plus de 17 milliards de dollars le financement des soins de santé en Ontario. Cet engagement sous-tendait la possibilité d'investir dans des solutions de rechange aux services hospitaliers actuels qui permettraient, à moindre coûts, d'obtenir des résultats améliorés ou comparables ou d'augmenter les services en place pour combler les lacunes et les manques du réseau de services actuel.

Services autres que pour les affections aiguës

L'un des principaux défis de la CRSS visait à déterminer dans quels secteurs (et à quel prix) le réinvestissement dans les services communautaires (c.-à-d., soins de longue durée, soins à domicile) était nécessaire pour soutenir un réseau hospitalier restructuré. En fait, tout au long du mandat de la CRSS, le réinvestissement des «économies» réalisées par la restructuration des hôpitaux est une question qui a été soulevée à plusieurs reprises par les fournisseurs et les représentants du public. Plusieurs intervenants craignaient que les économies réalisées ne soient versées au Trésorier de l'Ontario, en dépit de la politique largement répandue du gouvernement affirmant que le budget des soins de santé ne serait pas réduit en déca du niveau des dépenses sous son mandat de 1995. À ce moment, le budget provincial alloué aux soins de la santé s'élevait à environ 17,4 milliards de dollars. Il est passé à plus de 20 milliards de dollars dans les quelques années qui ont suivi (voir figure V-1).

Figure V-1: Budget des soins de la santé de l'Ontario

(1995/96-1999/00) (milliards)

1995/96	$17,4
1996/97	$17,718
1997/98	$17,845
1998/99	$18,682
1999/00	$20,173

L'absence de paramètres et de directives permettant de déterminer les montants qui devaient être réinvestis dans les services visés ont contribué à développer l'inquiétude et le scepticisme généraux envers le réinvestissement dans le réseau de la santé. Pour éliminer l'incertitude ressentie et pour faire preuve de plus de rigueur et de cohérence dans ses recommandations sur les réinvestissements au ministère de la Santé, la CRSS a entrepris une série de projets de recherche pour guider la répartition des services de santé entre les hôpitaux, les soins à domicile, les soins de longue durée et autres services. Ces projets visaient à répondre aux questions suivantes :

- *Quel niveau de service, de redistribution des services et de réinvestissements est requis en fonction des exigence démographiques locales?*

- *Quel type de service est requis?*
- *Quele leviers de politique assureront la transition vers les cibles visées conformément aux directives de planification?*

En tenant compte de chacune des communautés concernées, ces analyses visaient la mise en application de directives de planification pour déterminer les secteurs de réinvestissement les plus appropriés.

En juillet 1997, la CRSS a publié l'ébauche de ces directives de planification dans un document de travail intitulé, *Reconstruire le système de santé de l'Ontario : Directives de planification et stratégies de mise en œuvre provisoires.*[26] Ce document fournissait un aperçu d'une série de projets entrepris par la CRSS en vue d'élaborer des directives de planification pour les soins à domicile, les soins de longue durée, la santé mentale, la réadaptation et les soins pour affections subaiguës. Les directives permettraient de déterminer la capacité et les niveaux de service futurs (exigences en matière de ressources jusqu'en 2003) et les réinvestissements requis à l'appui de la restructuration du système de santé.

L'un des points les plus étonnants relevés par la CRSS dès le début du projet a été l'absence ou la pertinence et la fiabilité de renseignements et de données de qualité. Alors que l'Ontario disposait d'une base de données complète et fiable relatives aux patients hospitalisés, il n'y avait (et c'est toujours le cas présentement) aucune donnée disponible sur les autres composantes du réseau de la santé. Il fut alors établi que les limites des données contenues dans les bases de données actuelles constituaient l'un des principaux obstacles à l'élaboration de directives.

Les recommandations finales au ministère relativement aux réinvestissements ont été présentées dans un document subséquent intitulé, *Changement et transition : Directives de planification et de mise en œuvre des soins à domicile, des soins de longue durée, de la santé mentale, de la réadaptation et des soins pour affections subaiguës.*[27] La figure V-2 présente les objectifs propres à chacun des principaux projets de même que les directives de planification finales utilisées par la CRSS pour déterminer les réinvestissements appropriés. Ces directives ont servi de point de départ à l'exécution des tâches suivantes :

---

[26] CRSS. *Reconstruire le système de santé de l'Ontario : Directives de planification et stratégies de mise en oeuvre provisoires.* Juillet 1997. Ce document a été publié en tant que document de travail. Les organismes disposaient d'une période de deux mois pour soumettre leurs commentaires sur les directives proposées (du 23 juillet au 9 octobre 1997).

[27] CRSS. *Changements et transition : Directives de planification et de mise en oeuvre des soins à domicile, des soins de longue durée, de la santé mentale, de la réadaptation et des soins pour affections subaiguës.* Avril 1998.

- Préparation d'*avis/directives* relatifs à l'évaluation des services aux patients hospitalisés pour soins continus complexes (autrefois appelés soins aux malades chroniques), soins de réadaptation et soins pour affections subaiguës.
  - *Avis au ministère de la Santé relativement à la santé mentale.*
  - *Avis au ministère de la Santé* relativement à la restructuration des autres composantes du réseau de la santé révisé.

Il est important de noter que le MSSLD n'a pas appuyé le concept de financement propre aux lits pour soins subaigus. Il a plutôt annoncé ce qui suit, le 8 janvier 1999, par rapport aux hôpitaux publics de l'Ontario :

La politique du Ministère en ce qui a trait aux soins subaigus stipule que ces soins entrent dans la même catégorie que les soins aigus et que par conséquent, il n'est pas nécessaire de créer une nouvelle catégorie de lits financés par des fonds distincts extérieurs au budget global de l'hôpital. Selon cette politique, les soins subaigus sont déjà, jusqu'à un certain point, dispensés par les hôpitaux et continueront de l'être dans le cadre de leur budget global comme faisant une partie de la prestation continue de services aux patients hospitalisés pour soins aigus. À ce titre, le Ministère accepte la répartition des lits telle qu'indiquée par la CRSS. Conformément à la politique du Ministère, ces lits seront classés dans la catégorie «soins aigus» dans les systèmes actuels d'information comptable des hôpitaux. Le financement sera établi en fonction de l'ensemble du budget alloué aux soins aigus dans chaque hôpital.

Figure V-2: Projets de recherche pour le réinvestissement – objectifs, résultats et principales recommandations

Objectifs du projet	Résultats/directives de planification	Principales recommandations pour la mise en œuvre des directives de réinvestissement
Soins à domicile[28] **(SD)** *Analyser les effets de l'utilisation des soins à domicile par rapport aux saines pratiques des hôpitaux en ce qui a trait à la durée moyenne du séjour (DMS) et à la chirurgie d'un jour.*	La méthodologie de calcul des besoins en soins à domicile basée sur le 25e centile doit être utilisée pour déterminer le réinvestissement nécessaire dans chacun des programmes de soins à domicile. À l'aide de l'algorithme et du facteur de croissance par rapport à l'an 2003, on a recommandé un réinvestissement de 164,9 millions de dollars pour assurer les soins aigus à domicile [soins suite à une hospitalisation ou à une chirurgie d'un jour] adéquats.	• Le MSSLD doit rapprocher les réinvestissement recommandés par la CRSS pour chaque programme de soins à domicile des ajustements de financement qu'il a déjà faits. • Le MSSLD doit travailler avec les centres d'accès aux soins communautaires (CASC) pour élaborer le cadre de reddition qui soutiendra la mise en œuvre du réinvestissement. • Le MSSLD doit évaluer les niveaux de financement actuels des services de soutien communautaires.

[28] La CRSS, pour son propre usage, a défini comme suit les soins à domicile (post-actifs) : soins de santé fournis au patient dans son domicile dans les 30 jours suivant son retour chez-lui à la suite d'une hospitalisation ou d'une chirugie d'un jour.

Soins prolongés complexes (SPC) *Définir le rôle des unités et des hôpitaux de soins chroniques dans le cadre du continuum des SLD et définition d'un cadre pour la restructuration des unités et des hôpitaux de soins chroniques.*	Le secteur «soins aux maladies chroniques» a été redéfini sous le terme soins prolongés complexes et un ratio de 8,23 lits par tranche de 1 000 personnes (population de 75 ans et plus) est proposé suivant une directive de planification.	• Les SPC doivent être totalement intégrés au secteur SLD • Les points de repère ne pourront être établis «en un rien de temps»; il faudra y accorder une planification attentive et en assurer la coordination avec les autres composantes du secteur SLD. • Il faut procéder immédiatement au remplacement de lits SLD pour compenser les pertes liées aux lits SPC. • Les admissions aux unités et aux hôpitaux de soins chroniques pour des soins prolongés complexes doivent être limitées aux malades dont l'état nécessite des soins hospitaliers. • Il est recommandé d'établir un processus unique et constant d'évaluation des besoins et de définition des critères d'admissibilité. Le système de financement des SLD (incluant les soins prolongés complexes) devrait être unifié et les niveaux de financement devraient être établis en fonction des *besoins* des résidents, quel que soit l'endroit où les soins sont prodigués.
Lits pour soins de longue durée (SLD) *Définir un modèle de planification qui identifie l'ensemble des «besoins» en matière de soins de longue durée incluant un guide de planification pour les services en établissement (dans le cadre de l'ensemble des exigences des services).*	Le modèle proposé pour déterminer le «nombre minimal de lits pour SLD» (maisons de soins infirmiers/ foyers pour personnes âgées –) utilisait le taux d'utilisation du 25 ^{e}centile (1erquartile) pour chaque groupe âge/sexe comme norme minimale (ce qui signifie qu'il faut au moins un taux d'utilisation réel de 25 p. 100 des lits MSI/FPA par groupe d'âge et de sexe pour justifier la disponibilité des lits). **Modèle de planification de lits** = 99,1 lits/1 000 personnes (de plus de 75 ans) dans les MSI/FPA [2003]. En utilisant le modèle de planification révisé, on estime que 40,9 pour cent des 41 388 places de SLD nécessaires devraient correspondre à des lits dans les MSI/FPA (c.-à-d. que des 41 338 places nécessaires, il faudrait utiliser 16 920 lits dans les MSI/FPA comme guide de planification et les 24 468 places restantes devraient être calculées comme des places sans lit réservé).	• Les points de repère lits/places ne représentent pas des «objectifs absolues» mais doivent être utilisés comme directives pour atteindre l'équilibre et la répartition appropriés au niveau des services de SLD.

Places de soins de longue durée *Déterminer les besoins actuels et futurs en matière de soins de longue durée et évaluer la pertinence des services présentement offerts en Ontario.* *Évaluer la portée de la mise en œuvre des directives de planification proposées pour les soins de longue durée.*	L'utilisation d'un objectif de taux d'utilisation unique équivalent à la moyenne fournit un objectif commun d'utilisation pour chaque région, sans tenir compte de son utilisation historique. **Nombre total de places [2003]** 41 388 places (utilisation moyenne)	• L'attribution des futures ressources aux différents types de SLD devrait relever de décisions prises localement en fonction des facteurs suivants : - les directives provinciales visant à satisfaire les différents besoins et intérêts; - les besoins ethnoculturels des communautés desservies; - la faisabilité de la prestation de différents types de soins; - la préférence pour les soins à domicile et les logements avec services de soutien; - la minimisation du nombre de lits dans les hôpitaux pour les SLD (c.-à-d. les lits pour soins prolongés complexes); - la minimisation du nombre de lits MSI/FPA.

Santé mentale	Soutien de l'objectif «finale» de : **30 lits/100 000 personnes** soit 16 lits/100 000 (soins aigus) et 14 lits/100 000 (soins chroniques). **Avec les objectifs provisoires suivants :** **[D'ici 2000]** 37 lits/100 000 personnes, y compris : 21 lits/100 000 (soins aigus) 16 lits/100 000 (soins à plus long terme). **[D'ici 2003]** 35 lits/100 000 personnes, y compris : 21 lits/100 000 (soins aigus) 14 lits/100 000 (soins à plus long terme). Établissement de directives de planification pour les lits pour enfants/adolescents hospitalisés : 7 lits/100 000 (0 à 17 ans)	• Il est recommandé de créer un groupe de travail en santé mentale pour faciliter l'intégration des changements et la répartition efficace des services. • Définition d'un ratio de lits pour patients enfants/adolescents dans les hôpitaux qui travaillent en étroite collaboration avec les centres de soins psychiatriques pour enfants. • Besoin urgent de directives et de recommandations du MSSLD relatives aux services de psychiatrie médico-légale.
Réadaptation *Élaborer une méthodologie pour aborder les questions relatives à la planification des services de réadaptation.*	25 lits/100 000 personnes incluant [2003]: *21 lits/100 000 (lits locaux + places de passage à la vie autonome)* *4 lits/100 000 (lits régionaux).* (NOTA : Cette ligne directrice a été modifiée comme suit par la CRSS: **22,24 lits (ou places)/100 000 personnes.** En mars 2000 une recommandation officielle a été soumise au ministère de la Santé pour que les modifications nécessaires soient apportées.)[29]	• Reclassification des lits sous les catégories local et régional. • Soutien du MSSLD pour le développement de réseaux de réadaptation locaux et provinciaux. • Rééquilibrage des services de réadaptation (c.-à-d., réduction du ratio de lits dans les communautés dont le ratio est élevé et augmentation pour celles dont le ratio est le plus bas). • Le ratio de lits n'est pas un «objectif ultime» à atteindre mais devrait servir de directive pour atteindre l'équilibre et la répartition appropriés des services. Il faudrait attribuer ce rôle aux réseaux provinciaux.

[29] La CRSS a recommandé que le MSSLD adopte la directive de planification révisée de 22,24 lits (ou places)/100 000 personnes et que la mise en œuvre de la directive, incluant les communautés pour lesquelles le MSSLD a déjà approuvé la planification de la directive précédente de 25 lits (ou places), soit effectuée à l'aide d'un processus planifié et graduel qui soutient l'équilibrage systématique des services de réadaptation communautaires et en établissement. Il faudra surveiller de près ce processus de remise en équilibre afin d'évaluer continuellement les effets sur la prestation des services et l'accès aux services de réadaptation.

Soins pour affections subaiguës *Développer une méthodologie pour déterminer le niveau de soins subaigus nécessaires pour atténuer les effets de la restructuration, particulièrement en ce qui a trait à la réduction de la durée du séjour et du nombre de jours de soins alternatifs, et aux modifications au niveau des ressources pour les patients hospitalisés nécessitant des soins de longue durée, des soins chroniques et de la réadaptation.*	13 lits/100 000 personnes [selon les données démographiques de la population locale] et les coûts associés avec ce niveau de réinvestissement.	• Introduction des soins subaigus dans les programmes hospitaliers. • Mise en œuvre en priorité dans un hôpital offrant des soins aigus plutôt que dans tout autre hôpital dans certaines communautés. • Durée de séjour maintenu à moins de 30 jours. • Prix de journée approximatif payé établi à $211compte tenu des dépenses engagées; cependant, il est recommandé que le MSSLD travaille en collaboration avec les hôpitaux pour mettre en place des méthodes de financement qui réduisent au minimum les décisions prises au «hasard» et qui permettent de maximiser l'application des ressources disponibles aux aspects prioritaires des programmes actuels de soins pour affections subaiguës. • Introduction de plan de soins standard en fonction des services médicaux subaigus disponibles (nécessité de standardiser les plans de soins et les réseaux cliniques parallèlement à l'expérience acquise). • L'évaluation doit faire partie intégrante du développement des programmes.

La recommandation de la CRSS au gouvernement relativement à la mise en œuvre des directives proposées visaient à favoriser une meilleure intégration intra et intersecteurs. Par exemple, la recommandation touchant la création de réseaux de réadaptation visait à favoriser le regroupement des fournisseurs de ces services, de même qu'à aborder plusieurs questions relatives à la conduite de ces services, incluant la nécessité de disposer de meilleurs systèmes d'informations et de données de résultats pour le patient.

Dans le même ordre d'idée, on s'attendait à ce que l'important remaniement requis pour intégrer les changements au niveau du système de soins de longue durée (incluant la redéfinition des soins chroniques en soins prolongés complexes, l'élimination des lits de soins de durée moyenne et le réinvestissement dans les lits/«places» de soins de longue durée) demande une coordination plus soutenue et la création de réseaux au niveau du système actuel.

Le 28 avril 1998, le gouvernement a annoncé sa décision de réinvestir deux milliards de dollars dans les soins à domicile et dans les soins de longue durée en établissement. La CRSS a salué cette décision particulièrement parce qu'elle répondait directement à ses inquiétudes à long terme et qu'elle visait essentiellement le secteur de la santé dans lequel les réinvestissements sont nécessaires.

Comme nous le savions depuis le début, la restructuration des hôpitaux et le réinvestissement dans d'autres services, incluant les soins de longue durée, devaient se faire conjointement. Il était important que le processus complet de restructuration ne soit pas perçu par le public comme un moyen d'économiser de l'argent, mais plutôt comme une façon de créer un système organisé et équilibré de services de santé. Dès le début du mandat de la CRSS, plusieurs fournisseurs du système de santé ont démontré beaucoup d'enthousiasme et d'optimisme et se sont réjouis du fait qu'après de nombreuses années de discussion et de débat, des changements allaient enfin se produire. Cette attitude a permis à la CRSS de gagner un certain respect au niveau des fournisseurs de même qu'un certain niveau d'«approbation» de la part du public. Dans tous ses rapports visant la restructuration, la CRSS a toujours mis l'emphase sur l'importance de réinvestir dans les soins à domicile, les soins de longue durée, la santé mentale et les autres secteurs du système de santé pour s'adapter à la restructuration des hôpitaux. Toutefois, la longue période qui s'est écoulée entre la publication des *Directives* de la CRSS et l'intervention du MSSLD au niveau des réinvestissements requis a contribué, en grande partie, à ralentir l'élan de la CRSS à mi-chemin de son mandat. Heureusement, la décision du gouvernement annoncée en 1998 d'ouvrir 20 000 nouveaux lits pour les SLD sur une période de six ans (dans le cadre du plan pluriannuel du MSSLD) a permis de combattre le cynisme général qui s'était installé et de redorer l'image de la CRSS et du ministère au niveau du travail réalisé pour la restructuration et la création d'un système.

Cependant, la CRSS demeure convaincue qu'une fois son mandat terminé, la lenteur qui persiste au niveau des réinvestissements risque de compromettre le succès du processus de restructuration et d'éliminer (ou du moins réduire de beaucoup) les gains réalisés au niveau de l'amélioration du système de santé. De plus, il est très important d'assurer le suivi de l'impact de tous les réinvestissement (c.-à-d., les lits pour soins de longue durée, les soins à domicile, la réduction et la redistribution des services de réadaptation et de santé mentale) liés aux exigences de l'ensemble du système afin de s'assurer que :

- Les dépenses et les politiques publiques sont évaluées à mesure que les secteurs de la réadaptation, des soins à domicile et des SLD passent à la phase de mise en œuvre du processus conformément à un plan pluriannuel.
- La réduction du personnel et la fermeture des lits sont exécutées de façon ordonnée au niveau du système des soins chroniques (antérieur).
- Les éléments adoptés au niveau du système de classification MDS sont transmis au système SLD.
- Le rôle du CASC est élargi afin de contrôler l'accès aux lits pour soins prolongés complexes, comme c'est le cas pour les lits des installations SLD
- Qu'un lien étroit est établi entre la fermeture de lits dans les hôpitaux et l'ouverture de nouveaux lits pour les soins de longue durée.

Investissement en capital – secteur des hôpitaux pour affections aiguës

En l'absence de politiques et de stratégies d'investissement provinciales, la CRSS a abordé la question de l'investissement en capital en tenant compte de chaque communauté. De son point de vue, cet aspect constituait un point crucial pour atteindre la restructuration complète et réaliser des économies.

Dans son analyse de l'évaluation du capital nécessaire pour soutenir la restructuration, la CRSS a tenu compte du critère d'abordabilité. Bien que la réduction des coûts ou les économies possibles aient constitué des facteurs importants, ils n'ont eu aucune influence sur les décisions relatives à l'investissement. De façon plus précise, les exigences liées à l'investissement en capital ont été évaluées en fonction de nombreuses considérations incluant les suivantes :

- les retombées à court terme et les économies générées en fonction du capital investi;
- l'accessibilité, le caractère adéquat et l'utilité future du capital-actions existant;
- la possibilité d'atteindre les normes visées au niveau des soins aigus, des soins chroniques, de la réadaptation et de la santé mentale.

La CRSS a également reconnu qu'il y avait d'autres besoins en capitaux à plus longue échéance qui viendraient s'ajouter à ceux nécessaires pour consolider la capacité. Tout au long du mandat de la CRSS, la question des capitaux a soulevé des inquiétudes face à trois éléments principaux :

1. La fiabilité et le caractère adéquat de l'évaluation des capitaux nécessaires contenue dans les recommandations de la CRSS au Ministre.[30]

---

[30] Tout au long du mandat de la CRSS, le caractère adéquat des réinvestissement proposés a été mis en doute à plusieurs reprises. Plusieurs des conflits d'opinion étaient causés par des différences d'interprétation au sujet des frais d'investissement associés à la restructuration tels qu'établis par la CRSS par opposition aux frais additionnels calculés par les communautés par rapport à la rénovation, au remaniement ou à la construction.

2. Les délais dans l'annonce de la disponibilité des capitaux dans certaines communautés ayant reçu les *directives* finales de la CRSS.
3. La lenteur du ministère au niveau de la phase de révision et de la planification fonctionnelles relativement aux capitaux nécessaires pour la phase de mise en œuvre.

La CRSS est intervenue à plusieurs reprises auprès du MSSLD pour qu'il prenne et annonce des décisions relativement aux investissements de capital pour accélérer les démarches de restructuration du réseau de la santé à l'échelle de la province. On souhaitait particulièrement que le ministère rationalise son processus d'approbation de capitaux, incluant les processus au «centre». La lenteur du processus d'approbation des capitaux du MSSLD a eu pour effet d'user la patience et de briser la confiance de ceux qui œuvrent dans les communautés plus importantes et de mettre en péril le succès visé par la restructuration.

Figure V-3 : Investissements en capital recommandés par la CRSS

COMMUNAUTÉ	En millions de dollars	COMMUNAUTÉ	en millions de dollars
Thunder Bay	93	Hamilton	77
Sudbury	87	Brant	43
Lambton	42	Kingston	108
Pembroke	6	Hastings et Prince Edward	42
London	215	Haliburton, Kawartha et Pine Ridge	81
Toronto	318	Cornwall	17
Ottawa	140	Waterloo	55
Essex	110	Parry Sound	29
Kent	42	North Bay	111
Brockville	24	Niagara	99
GTA/905	314	Sault Ste. Marie	46
Total pour les communautés ci-haut : 2,1 milliards de dollars			
Lits en établissement pour SLD : 1,3 milliard de dollars *(voir analyse ci-dessous)*			

Le résultat est toutefois positif. La CRSS a recommandé l'investissement d'un montant d'environ 2,1 milliards de dollars dans des projets de développement de première importance impliquant 96 sites hospitaliers. En février 2000, en guise de soutien à la restructuration, le MSSLD avait approuvé 58 projets évalués à 1,6 milliard de dollars répartis dans 40 sites. Certains de ces projets étaient des projets dits de «bon départ»; ils représentent en fait des portions de projets de plus grande envergure, qui sont traitées en priorité par rapport au contrat principal pour répondre à un besoin immédiat; par exemple, l'agrandissement prioritaire du service des urgences. Dans l'histoire de l'Ontario, il s'agit du plus important investissement dans la rénovation ou la construction de bâtiments et l'achat d'équipement.

En 1997/98, le ministre des Finances [31] a annoncé les politiques de financement suivantes pour faciliter la mise en œuvre de la restructuration des hôpitaux et présentait les *Directives* et *Avis* de la CRSS. Les détails de l'annonce sont les suivants:

Financement des immobilisations des hôpitaux publics	Financement dans une proportion de 70 pour cent des immobilisations et des coûts connexes admissibles (débutant en 1996/97) pour soutenir la restructuration. Les coûts d'immobilisation résultant de la mise en œuvre du *plan d'immobilisations* approuvé par le MSSLD qui sont admissibles au remboursement par ce dernier sont les suivants : **Honoraires :** honoraires des architectes, consultants en matière d'évaluation des coûts, consultants en planification et en programmation fonctionnelle (tels que définis par le processus de planification des immobilisations du ministère) **Construction et coûts connexes** : travaux de rénovation; nouvelle construction; aménagement de l'emplacement; permis de construction, mise en service, frais juridiques, appel d'offres et autres coûts divers, tels que définis dans le manuel qui traite de la planification des immobilisation du ministère; démolition et mise hors service associées à l'emplacement requis pour la nouvelle construction; gestion de projet; allocations à des fins spécifiques; nouveaux ameublements et équipements (excluant l'équipement qui fait l'objet d'un remplacement).
Financement des immobilisations pour la santé mentale[32]	Financement à 100 pour cent des coûts d'immobilisations admissibles pour les services et les programmes de psychiatrie médico-légale dirigés par le CRSS qui seront transférés d'un HPP à un hôpital public. Financement à 100 pour cent des coûts d'immobilisations admissibles pour les services et les programmes de psychiatrie autres que médico-légale dirigés par la CRSS qui seront transférés d'un HPP à un hôpital public. Financement à 70 pour cent des coûts d'immobilisations admissibles pour l'extension, la fusion ou la relocalisation (transfert) de programmes et de services de psychiatrie autres que médico-légale d'un hôpital public à un autre, conformément aux politiques de financement des immobilisations contenues dans les directives de la CRSS. Une fois que les programmes et les services de soins psychiatriques seront établis dans les hôpitaux publics, conformément aux directives et recommandations de la CRSS, les coûts liés à la mise en œuvre de futurs projets d'immobilisations touchant ces programmes et services seront partagés comme suit :

[31] Dans son budget provincial de 1997/98, le ministre des Finances a annoncé que le gouvernement investirait un montant de 2,7 milliards de dollars, au cours des cinq prochaines années, dans la restructuration du système de santé de la province. Le communiqué indiquait que la province subventionnerait dans une proportion de 85 p. 100 les frais de fonctionnement admissibles et de 70 p. 100 les dépenses d'établissement liés aux «frais de fonctionnement et aux coûts d'immobilisation admissibles nécessaires à la mise en oeuvre d'initiatives de restructuration ».

	Financement de projets d'immobilisation en psychiatrie autres que médico-légale approuvés, conformément à la politique en matière d'immobilisations en vigueur à ce moment (la politique actuelle du MSSLD assure le financement dans une proprotion de 50 pour cent des coûts d'immobilisations admissibles pour des projets qui ne sont pas dirigés par la CRSS mais qui respectent les critères de financement).

En avril 1999, un rapport[33] préparé par Enterprise Canada Research pour l'Ontario Hospital Association analysait certaines des principales questions relatives aux besoins en capital des hôpitaux de l'Ontario. Le rapport évaluait ces besoins à environ 7,8 milliards de dollars pour la période 1999-2003, avec des coûts d'investissement directement attribuables à la mise en œuvre des *directives* de la CRSS équivalent à 40 pour cent de ce montant (soit 3,2 milliards de dollars); un montant de 3,1 milliards de dollars était réservé à d'autres projets d'immobilisation et de réaménagement. On estimait que le reste du montant (soit 1,4 milliard de dollars) correspondait à la somme devant être investie pour répondre aux besoins en matière de technologie de l'information. Les deux principaux éléments qui se dégageaient de ce rapport sont les suivants :

- Il y a un important vide à combler entre les fonds nécessaires aux communautés et les moyens dont elles disposent pour amasser ces fonds localement. Autrement dit, du point de vue du financement, les coûts qui ne sont pas liés à la restructuration sont tout aussi difficiles à assumer que ceux de la restructuration.

- Il faudra élaborer une stratégie pour régler le problème de liquidité lié à la restructuration dans le secteur hospitalier afin d'assurer une saine gestion des besoins en capital. En d'autres termes, il faudra trouver des façons de supporter les coûts avant qu'ils ne soient garantis par des campagnes de financement ou d'autres techniques de production de recettes.

La CRSS est toujours préoccupée par les discussions en cours entre les hôpitaux individuels et le MSSLD concernant le niveau «approprié» de financement des immobilisations. Plusieurs des négociations actuellement en cours sont basées sur des controverses sur les exigences en matière de capital pour soutenir la restructuration – par opposition à la rénovation, au remaniement, etc.

---

32 Communiqué transmis aux hôpitaux publiques, aux hôpitaux psychiatriques provinciaux et aux hôpitaux psychiatriques spécialisés par le MSSLD, le 14 janvier 1998.

33 Enterprise Canada Research. *Rapport provisoire sur les besoins en capital.* Rapport préparé pour l'Ontario Hospital Association, le 6 avril, 1999.

Il est important de reconnaître que la CRSS se limite à l'évaluation des coûts de financement associés à la restructuration seulement. L'engagement du gouvernement d'investir dans le renouvellement de capital pour soutenir la restructuration du système de santé a ouvert la porte à pratiquement tout le monde pour tenter d'obtenir la plus grosse part du morceau; ce qui dans le cas de certains (par exemple, Thunder Bay et Cobourg) s'est soldé par l'approbation du gouvernement pour la construction de nouveaux hôpitaux.

Investissement dans les secteurs autres que pour les affections aiguës

La CRSS a indiqué que le réinvestissement de capitaux dans des secteurs autres que le système de santé constituait un élément capital dans le processus de restructuration. Lors de la création de la CRSS, par exemple, plusieurs régions ne disposaient que de très peu de ressources pour augmenter rapidement les services de soins de longue durée. La réussite de la mise en œuvre des directives de planification de soins de longue durée (lits et places) nécessitera l'amélioration du matériel en place, de même que l'agrandissement des installations en place et la construction de nouvelles installations. Par conséquent, la Commission recommande ce qui suit :

- Que le MSSLD annonce ses décisions quant aux normes de conception des installations SLD et à la mise en œuvre d'une stratégie de financement des immobilisations afin d'assurer les ressources nécessaires pour la construction de nouveaux lits pour SLD et l'amélioration/modernisation des installations existantes. Le MSSLD travaille sur cette question depuis plusieurs années.

- Que le MSSLD évalue l'état des maisons de soins infirmiers et des foyers pour personnes âgées pour déterminer s'ils peuvent recevoir des patients ayant de plus grands besoins et nécessitant des soins plus complexes.

L'investissement de capitaux nécessaire pour soutenir la construction de 16 920 nouveaux lits pour SLD,[34] conformément à la recommandation de la CRSS dans son document de planification, *Changements et transition*, représenterait un investissement total d'environ 1,3 milliard de dollars.[35] Il est important de noter, toutefois, que la CRSS a recommandé une approche graduelle à l'augmentation proposée du nombre de lits pour SLD. Cette directive de la Commission relative aux nouveaux lits devrait servir de *guide* à la planification. En guise de point de départ, elle recommande que le réinvestissement dans les nouveaux lits SLD soit lié directement aux changements apportés au niveau des

---

[34] À la fin du mandat de la CRSS, 6 700 du nombre total de lits (20 000) promis par le gouvernement avaient été attribués, suivi d'un autre 5 700 lits au milieu du processus RFP. En février 2 000, aucun de ces lits n'avait été construit.

[35] Ce calcul est basé sur la formule suivante : nombre total de lits X $10.35/jour X 365 jours par année X 20 ans.

soins prolongés complexes et des soins pour affections subaiguës en milieu hospitalier. Ainsi, l'urgence de réinvestir dans le secteur des installations pour SLD a pour but de s'assurer qu'on disposera de la capacité suffisante pour combler la réduction de lits dans d'autres parties du secteur des soins de la santé.

Frais de fonctionnement non récurrents

Dans tous les rapports de restructuration qu'elle a rédigés, la CRSS a indiqué que la restructuration des hôpitaux engendrerait une série de frais non récurrents incluant : l'achat de biens d'équipement, les coûts de démolition et de mise hors service et les coûts d'adaptation de la main-d'œuvre. Bien qu'on admette qu'une partie des coûts peut être absorbée par les fondations et les fonds de roulement des hôpitaux, la CRSS a recommandé que le MSSLD en absorbe également une partie.

En 1997/98, le gouvernement provincial a annoncé qu'il apporterait son soutien aux hôpitaux admissibles au remboursement des dépenses liées à la restructuration (entrée en vigueur pour l'année fiscale 1996/97). Ces coûts incluaient les frais de fonctionnement non récurrents associés à la restructuration tels que les indemnités de licenciement, les frais de formation et de consultation, les dépenses de communication, les frais juridiques et les services de consultation et de vérification.

L'évaluation du remboursement des frais de restructuration est basée sur les priorités suivantes :

- Les plans de restructuration doivent être approuvés par le conseil d'administration de l'hôpital et être conformes aux directives de la CRSS ou à l'étude du CRS local sur la restructuration.

- Les frais doivent faire partie d'un élément de restructuration intégré au plan de fonctionnement approuvé par le conseil d'administration.

Section VI :

Réforme en matière de santé mentale

SECTION VI: RÉFORME EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE

Compte tenu de l'importance des services de soins psychiatriques pour le mieux-être des Ontariens, la restructuration et le réinvestissement dans ce secteur demandent des analyses spéciales. Il s'agit d'un point important qui soulève des inquiétudes au niveau de la Commission et des autres intervenants de la province qui ont toujours en mémoire les résultats «désastreux» obtenus au début des années 1970 lorsque, dans une tentative de réorganiser le système, le nombre d'hôpitaux psychiatriques provinciaux (HPP) a été réduit sans préparation adéquate pour offrir, aux patients qui étaient déplacés, les services communautaires nécessaires (et plus spécialement les aménagements).

Tout au long de son mandat, la CRSS a répété qu'il y avait trois prérequis à la réforme de la santé mentale provinciale :

1. Qu'une enveloppe de fonds soit réservée aux services de soins psychiatriques.

2. Que cette enveloppe soit protégée (ou augmentée) et que les économies réalisées en raison de la restructuration institutionnelle soient réinvesties en entier dans les services de soins psychiatriques et communautaires.

3. Que les services de soutien communautaires soient mis en place avant la fermeture de lits de soins psychiatriques dans les HPP.

Dans le cadre de ses travaux initiaux, la CRSS a utilisé les objectifs en matière de nombre de lits établis par le ministère de la Santé dans son document de planification intitulé *Accorder la priorité aux gens* (1993). Ce document établissait comme objectif un total de 30 lits de soins psychiatriques par tranche de 100 000 personnes (population adulte) d'ici 2003. De ce nombre, 60 pour cent devait être réservé aux soins aigus (16 lits/100 000 personnes) et l'autre 40 pour cent aux soins à plus long terme (14 lits/100 000 personnes).

Tous les intervenants des communautés auxquelles le document *Avis d'intention d'émettre des directives* a été envoyé au cours des premiers mois du mandat de la CRSS ont considéré l'objectif visé «trop ambitieux». Plus précisément, ils prétendaient qu'ils ne disposaient pas du temps et de la flexibilité nécessaires pour atteindre cet objectif sans mettre en péril l'accessibilité et la qualité des services. Ils craignaient également que les services de soutien communautaires appropriés ne soient pas mis en place à temps pour répondre aux besoins des patients suite à la fermeture de lits de soins psychiatriques.

En réponse à ces inquiétudes, la CRSS a entrepris une révision interne de la directive de planification. Bien qu'elle se dise d'accord avec l'objectif visé de 30 lits par 100 000 personnes, elle a proposé que les objectifs intérimaires suivants soient appliqués à la planification des lits de soins psychiatriques aux malades hospitalisés :

- En 2000 : 37 lits par tranche de 100 000 personnes (adultes), dont 21 réservés aux soins aigus et 16 aux soins à plus long terme.
- En 2003: 35 lits par tranche de 100 000 personnes (adultes), dont 21 réservés aux soins aigus et 16 aux soins à plus long terme.

Ces directives ont été présentées dans le document de travail intitulé *Reconstruire le système de santé de l'Ontario* (voir la section V pour une analyse plus détaillée de ce document).

Tout au long de son mandat de quatre ans, la CRSS a préconisé la création d'organismes régionaux de santé mentale (créés par la suite par le MSSLD sous le titre «groupes de travail pour la mise en œuvre des services de santé mentale»). La CRSS a présenté ce concept dans son premier rapport de restructuration publié à Thunder Bay en octobre 1996.[36] L'avis soumis au ministère de la Santé se lisait comme suit :

> *Il est recommandé au ministère de la Santé qu'un organisme d'intervention en santé mentale soit établi dans le Nord-Ouest de l'Ontario d'ici le 31 mars 1997. Cet organisme sera soumis aux politiques et au cadre financier du gouvernement provincial. Le ministère de la Santé devrait attribuer à cet organisme tous les fonds destinés aux services psychiatriques incluant : le budget total de l'hôpital psychiatrique Lakehead, les fonds destinés aux lits pour soins actifs, pour soins de psychiatrie médico-légale et aux lits pour adolescents de l'hôpital régional de Thunder Bay, les frais de financement des lits de soins de réadaptation et de psychogériatrie destinés à l'hôpital générale St. Joseph, de même que les ressources généralement attribuées aux services communautaires de santé mentale. Cet organisme sera responsable devant le ministère de s'assurer que les besoins en santé mentale des résidents du Nord-Ouest de l'Ontario sont respectés.*[37]

Ces structures provisoires et transitionnelles ont été créées comme des structures décisionnelles *chargées* de coordonner et d'accélérer le processus de retranchement provincial des HPP et de faciliter la restructuration dans le secteur de la santé mentale en fonction de chaque communauté/comté/région. Le concept initial visait à confier une enveloppe de fonds à ces «organismes». Par la suite, la CRSS a abandonné cette idée dans l'espoir d'amener le gouvernement à accepter d'établir des entités locales, «dans le milieu», qui seraient responsables de la restructuration des ressources et des services des HPP. La CRSS a souligné à plusieurs reprises l'importance de maintenir l'objectif de la restructuration des HPP qui est :

---

[36] Le rapport de la CRSS intitulé *Rapport sur la restructuration des services de santé de Thunder Bay* (4 octobre 1996) est le premier rapport qui décrivait l'approche de la CRSS en matière de soins psychiatriques. Ce rapport était basé sur l'objectif de planification visant à réduire le nombre de lits de soins psychiatriques pour malades hospitalisés à 30 lits par tranche de 100 000 personnes (population de 15 ans et plus), avec les investissements nécessaires pour mettre en place les services de soutien communautaires.

[37] Recommandation de la CRSS au ministère de la Santé, contenu dans le rapport intitulé *Rapport sur la restructuration des services de santé de Thunder Bay* daté du 4 octobre 1996.

De créer un système local de soins qui garantisse l'accès à un large éventail de services de soutien cliniques et communautaires. Ce système doit permettre aux personnes souffrant de maladies mentales ou de troubles mentaux de définir et d'atteindre leurs objectifs personnels, en leur permettant d'acquérir les aptitudes requises et en mettant à leur disposition les ressources nécessaires pour assurer leur indépendance et leur mieux-être.[38]

La CRSS a maintes fois répété que les régions, comtés ou communautés à proximité des HPP devaient en priorité identifier des façons pratiques de faciliter, «sur place», la mise en œuvre des réformes, afin de s'assurer de disposer de systèmes coordonnés de soins locaux pour les personnes souffrant de maladies mentales ou de troubles mentaux. Elle a recommandé que les groupes de travail sur la mise en œuvre de la santé mentale (GTMOSM) soient responsables localement de la gestion de cette activité.

La lenteur du processus visant à se départir de la gestion et de la propriété provinciales des HPP, de même que le remaniement des services liés à ce processus, constituent toujours un important obstacle à la mise en œuvre de la restructuration locale dans les communautés pour lesquelles la CRSS a recommandé au ministère de se départir de la gestion et de l'exploitation des HPP. Comme nous l'avons déjà mentionné, en février 1999, la CRSS a présenté un nouvel avis formel au ministère de la Santé afin de mettre en lumière les facteurs contribuant à la lente progression de la restructuration des HPP. Le document intitulé *Advice to the Minister of Health on Building a Community Mental Health System in Ontario* décrivait également des stratégies spécifiques visant à assurer que les systèmes adéquats seront mis en place et contrôlés au moment où les HPP se départiront de leurs responsabilités envers les soins aux patients et les soins ambulatoires, au profit d'autres organismes communautaires (incluant les hôpitaux publics). Le document identifiait trois éléments majeurs :

i. Manque d'initiative locale pour la mise en œuvre de la restructuration des HPP.
ii. Incertitude face à la stratégie services/réinvestissement, de même que face au niveau d'investissement initial et à la coordination nécessaires pour faciliter la restructuration des HPP.
iii. Difficultés au niveau de la conclusion d'accords relatifs à la mobilité de la main-d'œuvre et aux plans d'adaptation [incluant les ententes de transférabilité de la direction] au niveau régional ou local.

---

[38] L'avis de la CRSS relatif à la mise en oeuvre de la réforme des HPP a été précisé et publié dans le document intitulé *Advice to the Minister of Health on Building a Community Mental Health System in Ontario*, daté du 26 février 1999.

Le 12 mars 1999, le ministère de la Santé a formellement accepté l'avis de la CRSS visant la création de groupes de travail sur la mise en œuvre de la santé mentale (GTMOSM), en commençant par le Nord-Est de la province. Lorsque le mandat de la CRSS a pris fin, un autre groupe de travail était en voie de création dans le Nord-Ouest. On s'attend à ce que de nouveaux groupes de travail voient le jour dans les autres régions. La réticence dont a fait preuve le ministère pour agir rapidement dans le processus de création de tels groupes de travail dans chaque région, comté ou communauté desservi par un HHP, malgré son accord, a été la source de beaucoup de frustration et d'inquiétudes. On a craint que les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale ne soient encore une fois sacrifiées au profit de l'obscurantisme bureaucratique et du protectionnisme syndical. Ces personne méritent un bien meilleur traitement!

Section VII :

Révision des hôpitaux ruraux et nordiques

CRSS

SECTION VII : RÉVISION DES HÔPITAUX RURAUX ET NORDIQUES

Parmi les trois principaux critères (accessibilité, qualité et abordabilité) pris en considération par la CRSS dans l'analyse des implications de la restructuration des hôpitaux ruraux et nordiques de l'Ontario, l'accessibilité a constitué le point le plus préoccupant.

Dès le début de son mandat, la CRSS a décidé qu'elle se concentrerait d'abord sur la restructuration des hôpitaux situés dans les plus grandes zones urbaines (particulièrement les villes comptant deux hôpitaux ou plus), compte tenu des importantes ressources dont elles disposent. Au même moment, la CRSS a reconnu que les hôpitaux situés dans les communautés rurales ou nordiques faisaient face une série de conditions et de problèmes particuliers attribuables au fait qu'ils se trouvent dans des régions isolées et dont la densité de population est plus faible. Les problèmes identifiés sont les suivants :

- les distances à parcourir pour profiter des services de santé, particulièrement les services spécialisés situés dans les centres régionaux;
- les faibles volumes de patients qui rendent difficile le maintien de la masse critique de programmes et de services nécessaires pour offrir un service de qualité et conserver les ressources et l'expertise nécessaires;
- le recrutement et le maintien en poste des médecins et des autres professionnels de la santé.

De plus, les points de repère établis pour les zones urbaines n'étaient pas applicables à ces régions en raison de la nature, du volume et de la portée des activités réalisées dans les petites communautés rurales et nordiques.[39] Par conséquent, la CRSS a établi dès le départ qu'il fallait aborder la restructuration des hôpitaux dans les régions nordiques et rurales de façon différente de celle des zones urbaines.

---

[39] Les problèmes majeurs qui ont dominé les discussions relatives aux services de santé dans les zones rurales et nordiques sont les suivants : la pénurie de médecins et de professionnels de la santé, les difficultés rencontrées pour assurer l'accès à des soins de santé d'urgence et à des programmes centralisés et régionaux offerts dans les centres de référence secondaire et tertiaire, et l'accessibilité à des services spécialisés de qualité, principalement en matière d'obstétrique, de chirurgie et de soins psychiatriques.

La Commission a dégagé deux principes fondamentaux pour diriger son analyse des hôpitaux ruraux et nordiques. Ces principes sont les suivants :

1. Le premier objectif de la restructuration des hôpitaux dans les communautés rurales et nordiques est d'assurer que chacun des réseaux[40] sera en mesure d'offrir le maximum d'accessibilité aux services en milieu hospitalier, et ce au plus haut niveau de qualité possible et de la façon la plus économique qui soit pour toutes les communautés intégrées aux hôpitaux membre.[41]

2. Il n'est ni envisageable, ni souhaitable de fermer des hôpitaux. Cependant, il est possible de réaliser des économies au niveau de l'administration et des services cliniques; ces économies pourront être réattribuées pour assurer le maintien des services et des programmes en place et, si possible, les améliorer.

C'est dans le cadre de l'analyse des hôpitaux des comtés de Lambton et Renfrew que les questions relatives aux rôles précis des hôpitaux ruraux dans un système de santé restructuré, de même qu'à la façon d'aborder ces questions pour la CRSS, ont d'abord été soulevées. La CRSS a alors demandé au MSSLD de définir un cadre stratégique qui lui servirait de guide pour son analyse tout en tenant compte de ses travaux au niveau des hôpitaux ruraux.

Le document intitulé *Cadre des soins de santé en milieu rural et dans le Nord* a été publié en juin 1997 par le MSSLD.[42] Ce document a servi d'outil d'information au CRSS dans le cadre de ses analyses subséquentes des hôpitaux ruraux et nordiques. Il présentait des directives destinées au CRS, aux hôpitaux, aux fournisseurs de services et au MSSLD pour la planification de la restructuration d'un *réseau de soins de santé* qui permettrait l'accès aux services en tout temps. L'objectif à court terme était de développer des réseaux hospitaliers et, à plus long terme, de créer des réseaux de soins de la santé qui impliqueraient éventuellement la participation des fournisseurs de services communautaires.

---

40 MSSLD [1997]. Le document intitulé *Cadre des soins de santé en milieu rural et dans le Nord* utilise le terme «régional» pour décrire un système de «réseaux» et de «regroupements» appelé Réseaux de soins de santé ruraux et nordiques. Ce cadre propose que les hôpitaux soient systématiquement reliés par ces réseaux.

41 L'objectif n'est pas de réduire l'ensemble des dépenses au niveau des services hospitaliers de chacun des réseaux d'hôpitaux, mais d'améliorer la qualité des services dans la zone desservie par le réseau et de récupérer les économies réalisées au niveau de l'administration et des services cliniques; économies qui pourraient être réinvesties dans les soins aux malades.

42 Le document intitulé *Cadre des soins de santé en milieu rural et dans le Nord* (juin 1997) a servi de base aux travaux de la CRSS et a été suivi par un autre document intitulé *Rapport sur la santé en mileu rural et dans le Nord : Paramètres et points de départ* publié par le MSSLD en juillet 1998. Le deuxième document, préparé par un comité conjoint du MSSLD et de l'OHA, a nécessité la collaboration de l'OMA, du Registered Nurses Association of Ontario et des CRS. Ce docuement présentait un ensemble d'outils et une méthodologie de planification pour aider les CRS, les hôpitaux et les autres fournisseurs à entreprendre les tâches de mise en oeuvre des réseaux.

Les travaux de la CRSS dans plusieurs communautés, qui comptaient un ou plusieurs hôpitaux en région rurale, ont été effectués en tenant compte du concept visant à regrouper en réseaux les hôpitaux des régions rurales et nordiques. Par exemple, les hôpitaux des comtés de Lambton ont reçu la consigne de créer un Conseil exécutif mixte (CEM), dont le mandat serait de superviser la prestation des services hospitaliers aux communautés desservies, de coordonner, de fusionner et de rationaliser les fonctions administratives et les services, et d'établir une structure unique de leadership clinique et administratif. Les hôpitaux des comtés de Kent, Haliburton, Kawartha et Pine Ridge ont également été soumis à ce processus de création de réseaux et de groupes. Dans le cas des communautés des comtés de Durham et de Niagara[43], les hôpitaux en région rurale ont dû fusionner avec d'autres hôpitaux (incluant des sites en région urbaine) pour former une corporation. Par conséquent, la création de CEM (ou les fusions) impliquant des hôpitaux ruraux et nordiques a constitué une façon efficace d'officialiser les liens créés pour la prestation des services de santé.

La CRSS a entrepris son analyse de l'équilibre entre les hôpitaux en région rurale et en région nordique en juin 1998. La première étape de l'analyse consistait à identifier les hôpitaux intégrés aux réseaux ruraux (chacun devant inclure au moins un hôpital de deuxième recours). La CRSS a fondé son élaboration des réseaux proposés sur une étude qui tenait compte du lieu de résidence des patients, de l'endroit vers lequel ils se dirigeaient pour les services locaux et de l'endroit vers lequel ils étaient dirigés pour les services secondaires et tertiaires. Elle a également tenu compte des liens formels entre les hôpitaux. De plus, des sessions d'information destinées aux hôpitaux et aux CRS ont été offertes pas la Commission pour recueillir les commentaires par rapport au processus de révision qu'elle proposait.

On espérait que la création de réseaux et l'établissement de liens étroits entre les hôpitaux faisant partie d'un même réseau auraient pour effet d'améliorer la coordination et le partage des informations. De façon plus précise, on espérait que cette démarche permettrait d'atteindre les objectifs suivants :

- Intégration et coordination efficaces de la prestation des services hospitaliers.
- Accès plus facile pour les particuliers et les familles au niveau et au type de soins de santé les plus appropriés aux besoins de chacun.
- Services de santé de première qualité dans un environnement qui encourage l'excellence.

---

[43] En novembre 1999, la Cour supérieure de justice de l'Ontario a rejeté une demande de l'hôpital Douglas Memorial (région de Niagara) visant l'annulation des *Directives* de la CRSS. Dans son jugement, la Cour indiquait que la Commission n'a pas été limitée par les termes du document cadre dans ses décisions relatives à la restructuration des hôpitaux et qu'elle n'a pas excédé sa juridiction en demandant le remplacement du conseil d'administration de l'hôpital Douglas Memorial Hospital par un comité permanent représentant un corps administratif plus large.

- Évaluation des services hospitaliers actuels et identification de nouvelles façons, ou de façons révisées, d'offrir des programmes améliorés ou de répondre aux besoins non satisfaits de la communauté.
- Politiques progressives en matière de ressources humaines élaborées en collaboration avec des associations professionnelles, des syndicats et des volontaires pour lesquels le capital humain est la ressource la plus importante du réseau.
- Maintien des services au niveau optimal tout en mettant l'accent sur une utilisation efficace des ressources disponibles.

Bien que la CRSS avait à l'origine projetée d'émettre des *Avis d'intention d'émettre des directives* (suivis de *Directives* finales) aux hôpitaux des réseaux urbains et ruraux, les modifications apportées à la réglementation par le gouvernement en avril 1999 a empêché la Commission d'émettre toute autre *Directive*. Les tâches de la Commission ont été modifiées de telle façon, qu'elle ne pouvait que soumettre des avis au ministère de la Santé (voir annexes A et B pour plus de détails sur les modifications à la réglementation – règlements 272/99 et 273/99 de l'Ontario.

De ce fait, la CRSS a modifié son processus comme suit :

Étape 1: Identification et confirmation des membres du réseau.

- Établir des liens formels entre les hôpitaux en région rurale [dans chaque réseau] et le principal hôpital de deuxième recours.
- Définir ce qui doit être fait par chacun des réseaux dans le cadre des activités de la deuxième étape.

Étape 2: Collaboration entre les hôpitaux mis en réseau pour atteindre les objectifs et exécuter les mandats définis par la.

Les mandats de la CRSS prenaient en considération le document *Cadre des soins de santé en milieu rural et dans le Nord* du MSSLD de même que les progrès réalisés sur une base volontaire par certains réseaux.

Tâches au niveau des réseaux

1. S'assurer que les structures et les processus organisationnels adéquats sont en place pour permettre le développement du réseau (c.-à-d., la réduction, l'intégration, le partage et la rationalisation de la prestation des services). Ce processus inclura la réduction et l'intégration des services suivants :

Services pour affections aiguës

- Hôpitaux de deuxième recours : Le MSSLD et les hôpitaux de deuxième recours travailleront conjointement pour appliquer à ces hôpitaux les modèles proposés par la CRSS et déterminer, le cas échéant, la configuration de services nécessaire par l'intermédiaire du plan de fonctionnement du MSSLD.
- Hôpitaux en région rurale : Le réseau appliquera les modèles établis par le MSSLD/l'OHA aux hôpitaux situés en région rurale.[44]

Services hospitaliers autres que subaigus

- Le MSSLD travaillera de concert avec les réseaux pour appliquer les modèles de la CRSS[45] et évaluer la réduction, l'intégration et les réinvestissements nécessaires pour assurer les services autres que subaigus.

2. Chercher des façons d'encourager une plus grande collaboration et l'établissement de liens entre les hôpitaux du réseau en mettant l'accent sur les bénéfices retirés au niveau des points suivants :

   - Partage des services administratifs.
   - Partage des services de soutien.
   - Établissement de liens cliniques et de groupes de services plus forts. Ce point inclut les éléments suivants mais ne s'y limite pas :
     - Élaboration de méthodes normalisées pour évaluer la qualité des services offerts (incluant des directives et des protocoles cliniques).
     - Établissement de méthodes communes visant à améliorer l'utilisation des services
     - Développement d'expertise commune.
     - Mise en place de processus de révision interne entre les membres du réseau.
     - Développement d'une stratégie commune (plan stratégique) et création d'un plan opérationnel pour répondre aux besoins du réseau et intervenir dans les décisions touchant les finances, le fonctionnement et les soins cliniques.

3. Définir les liens et les attentes entre les divers partenaires du réseau et assurer l'accès aux services des centres de deuxième recours.

4. Identifier les liens avec les centres régionaux de deuxième recours et assurer l'accès aux services tertiaires et quaternaires.

---

[44] MSSLD et OHA. *Rapport sur la santé en milieu rural et dans le Nord : Paramètres et points et de repère*, rapport rédigé par le comité conjoint du MSSLD et de l'OHA,.en juillet 1998.

[45] CRSS . *Changements et transition, Directives de planification et de mise en oeuvre des soins à domicile, des soins de longue durée, de la santé mentale, de la réadaptation et des soins pour affections subaiguës.* Avril 1998.

5. Développer des stratégies sur les questions relatives à la mise en commun ou au partage des ressources humaines.

6. Mettre au point des stratégies pour le recrutement et le maintien en poste du personnel médical et des professionnels de la santé.

7. Analyser les mécanismes pour la mise en commun et le partage des systèmes d'information en matière de santé.

8. Identifier les possibilités pouvant exister au sein du réseau pour :

   - Créer des groupes de travail collectifs multidisciplinaires à l'intérieur même de l'hôpital ou dans d'autres emplacements du réseau.
   - Augmenter les possibilités de formation et d'étude au profit des professionnels de la santé.
   - Amorcer des projets de télémédecine et de télécommunication pour soutenir les besoins du réseau.
   - Développer un partenariat plus solide avec les autres intervenants et organismes en matière de santé dans le réseau afin d'offrir de meilleurs soins (c.-à-d., approche centrée sur le patient).

En septembre 1999, chacun des réseaux a soumis (à la CRSS et au MSSLD) un rapport de progression relatif à son mandat. On a noté une grande variation quant à l'adaptation à l'idée des réseaux et à la progression du développement parmi les diverses communautés rurales et nordiques de l'Ontario.

- Certains hôpitaux ont indiqué qu'ils étudiaient toujours les avantages de former un réseau, d'autres se disaient d'accord pour former un réseau et avaient préparé un plan de travail dans ce sens, et seul un petit nombre ont indiqué avoir élaboré des accords communs et des structures organisationnelles visant l'évolution des activités du réseau.

- La plupart des réseaux avaient élaboré un énoncé de mandat et de perspectives d'avenir centré sur l'amélioration de l'accès à des services de qualité, l'intégration et la coordination accrues des services entre les fournisseurs, et le soutien à l'innovation et à la créativité en matière d'amélioration des services de santé en milieu rural.

- Les réseaux proposaient une gamme variée de structures organisationnelles visant à soutenir la planification et la prise de décisions nécessaires à l'évolution et à la coordination des activités du réseau.

- Quelques-uns des réseaux ont signalé avoir terminé la réduction et l'intégration des services de soins pour affections subaiguës conformément aux directives de planification de la CRSS.

La révision par la CRSS de tous les rapports soumis a conduit à l'élaboration d'avis et de recommandations finals relativement aux réseaux des hôpitaux nordiques et ruraux. Les avis, qui ont été soumis au ministère de la Santé en février 2000, visaient trois points principaux :

1. Confirmation des membres de réseau (voir figure VII-1).

2. Mise au point de stratégies et de mécanismes de politique pour aider les hôpitaux à créer des réseaux; plus particulièrement, trouver des mesures de stimulation et offrir le soutien de base pour accélérer la création et le fonctionnement des réseaux.
3. Recommandations sur les structures organisationnelles à chacun des réseaux, de même qu'avis sur la réduction et l'intégration des services de soins pour affections aiguës et autres.

Figure VII-1: Réseaux ruraux et nordiques

RÉSEAU 1 : SIMCOE/MUSKOKA	**RÉSEAU 2 : GREY/ BRUCE**
South Muskoka Memorial Hospital, BRACEBRIDGE Hunstville District Memorial Hospital, HUNTSVILLE Royal Victoria Hospital, BARRIE Collingwood General and Marine Hospital, COLLINGWOOD Huronia District Hospital, MIDLAND Orillia Soldiers' Memorial Hospital, ORILLIA Penetanguishene General Hospital, PENETANGUISHENE Penetanguishene Mental Health Centre, PENETANGUISHENE	Grey Bruce Health Services, OWEN SOUND South Bruce Grey Health Centre, KINCARDINE Hanover and District Hospital, HANOVER
RÉSEAU 3 : WELLINGTON	**RÉSEAU 4 : HALDIMAND / HAMILTON**
Groves Memorial, FERGUS Louise Marshall Hospital, MOUNT FOREST Guelph General Hospital, GUELPH St. Joseph's Hospital and Home, GUELPH The Homewood Health Centre, GUELPH Palmerston and District Hospital, PALMERSTON	Haldimand War Memorial, DUNNVILLE West Haldimand General Hospital, HAGERSVILLE Hamilton Health Sciences Corporation, HAMILTON

RÉSEAU 5 : THAMES VALLEY	RÉSEAU 6 : NIPISSING / TEMISKAMING
St. Thomas-Elgin General Hospital, ST. THOMAS Strathroy Middlesex General Hospital, STRATHROY Woodstock General Hospital, WOODSTOCK Alexandra Hospital, INGERSOLL Tillsonburg District Memorial Hospital, TILLSONBURG Four Counties Health Services, NEWBURY London Health Sciences Centre, LONDON St. Joseph's Health Centre, LONDON	Englehart and District Hospital, ENGLEHART Mattawa General Hospital, MATTAWA West Nipissing General Hospital, STURGEON FALLS Temiskaming Hospital, NEW LISKEARD North Bay General, NORTH BAY
RÉSEAU 7A : WEST OTTAWA VALLEY*	**RÉSEAU 7B : EAST OTTAWA VALLEY**
Almonte General Hospital, ALMONTE Arnprior and District Hospital, ARNPRIOR Carleton Place and District Hospital, CARLETON PLACE Queensway-Carleton Hospital, NEPEAN Kemptville and District Hospital, KEMPTVILLE	Hawkesbury General Hospital, HAWKESBURY Winchester and District Memorial Hospital, WINCHESTER The Ottawa Hospital, OTTAWA
RÉSEAU 8: WEST CHAMPLAIN	**RÉSEAU 9: WEST ALGOMA**
Deep River District Hospital, DEEP RIVER Renfrew Victoria Hospital, RENFREW St. Francis Memorial, BARRY'S BAY Pembroke General, PEMBROKE	North Algoma Health Organization (Lady Dunn General), WAWA Sault Ste. Marie General Hospital, SAULT STE. MARIE Plummer Memorial Hospital, SAULT STE. MARIE Thessalon Hospital, THESSALON Matthews Memorial, RICHARDS LANDING Hornepayne Community Hospital, HORNEPAYNE
RÉSEAU 10 : HURON/PERTH	**RÉSEAU 11 : SUDBURY**
Alexandra Marine & General Hospital, GODERICH Clinton Public Hospital, CLINTON Listowel Memorial Hospital, LISTOWEL Seaforth Community Hospital, SEAFORTH South Huron Hospital, EXETER Stratford General Hospital, STRATFORD St. Mary's Memorial Hospital, ST. MARY'S Wingham & District Hospital, WINGHAM	St. Joseph's Health Centre, BLIND RIVER Espanola General Hospital, ESPANOLA Manitoulin Health Centre, LITTLE CURRENT St. Joseph's General Hospital, ELLIOT LAKE Sudbury Regional Hospital, SUDBURY West Parry Sound Health Centre, PARRY SOUND

* *L'hôpital des comtés de Perth et Smiths Falls, situé à SMITHS FALLS, qui faisait initialement partie de ce réseau, est en train d'établir un réseau avec l'hôpital général de Kingston.*

RÉSEAU 12 et 14 : NORD-OUEST	**RÉSEAU 13 : NORD-EST**
Nipigon District Memorial Hospital, NIPIGON Geraldton District Hospital, GERALDTON Manitouwadge General Hospital, MANITOUWADGE Wilson Memorial General Hospital, MARATHON McCausland Hospital, TERRACE BAY Thunder Bay Regional Hospital, THUNDER BAY St. Joseph's Care Group, THUNDER BAY Lake of the Woods District Hospital, KENORA Riverside Health Care Facilities, FORT FRANCES Dryden District General Hospital, DRYDEN Red Lake Margaret Cochenour Memorial Hospital, RED LAKE Sioux Lookout District Health Centre, SIOUX LOOKOUT Sioux Lookout Zone Hospital, SIOUX LOOKOUT Atikokan General Hospital, ATIKOKAN	Anson General Hospital, IROQUOIS FALLS Bingham Memorial Hospital, MATHESON Chapleau Health Services, CHAPLEAU Kirkland and District Hospital, KIRKLAND LAKE Lady Minto Hospital, COCHRANE Notre Dame General, HEARST Sensenbrenner Hospital, KAPUSKASING Smooth Rock Falls General, SMOOTH ROCK FALLS Timmins and District Hospital, TIMMINS
RÉSEAU 15 : ALLISTON/NEWMARKET	**RÉSEAU 16 : CORNWALL**
Stevenson Memorial Hospital, ALLISTON York County Hospital, NEWMARKET	Glengarry Memorial Hospital, ALEXANDRIA Cornwall General Hospital, CORNWALL Hotel Dieu Hospital, CORNWALL
RÉSEAU 17: (BRANT/NORFOLK)	**RÉSEAU 18: DUFFERIN / NORD-OUEST DE LA RGT**
Norfolk General Hospital, SIMCOE Brantford General Hospital, BRANTFORD Willett General Hospital, PARIS	Dufferin-Caledon Health Care Corporation, ORANGEVILLE Northwest GTA Hospital Corporation, BRAMPTON

L'approche adoptée par la CRSS pour aborder les questions relatives aux exigences de la restructuration dans les régions rurales et nordiques est très différente de celle prévue à l'origine. L'introduction de réseaux et les modifications à la réglementation (en avril 1999) qui ont limité ses pouvoirs ont modifié son champ d'action. Finalement, la CRSS a favorisé une approche beaucoup plus conceptuelle de la restructuration des hôpitaux à l'intérieur de réseaux, plutôt que d'aborder directement les questions de fonctionnement et de gestion reliées aux rôles des hôpitaux en réseau et à leurs relations.

À mesure que la Commission progresse vers la fin de son mandat, il est de plus en plus évident que la création de réseaux d'hôpitaux ruraux et nordiques, chacun de ces réseaux incluant au moins un hôpital de deuxième recours, demeure un processus en constante évolution. Bien que certaines régions de la province bénéficient des avantages de réseaux fonctionnels, les comtés de Huron et de Perth par exemple, dans d'autres régions, les réseaux sont tout au plus hypothétiques. Il est clair que les hôpitaux concernés ne collaborent pas (et dans certains cas, n'ont aucune intention de le faire) pour tenter de trouver des méthodes de planification et de coordination en vue d'offrir à la population desservie l'accès à des services hospitaliers de la meilleure qualité possible et de la façon la plus économique qui soit.

C'est maintenant la responsabilité du MSSLD, des hôpitaux et de la population des régions visées de voir à la formation de réseaux d'hôpitaux efficaces. La justice demande que toutes les régions de l'Ontario soient soumises à ce processus. La Commission espère que le gouvernement procédera à la mise en œuvre de son avis, qui est toujours confidentiel, relativement à la formation de réseaux, et ce en moins de deux ans suivant la date du dépôt de cet avis (c.-à-d., d'ici février 2002).

Section VIII :

Planification des ressources humaines et adaptation de la main-d'oeuvre

Consultation de la CRSS

Historique : support législatif pour la restructuration du secteur de la santé

Relations de travail

Résultats de la consultation

Principales leçons

Mise en oeuvre

L'avenir : leçons du passé

Mot de la fin

CRSS

SECTION VIII : PLANIFICATION DES RESSOURCES HUMAINES ET ADAPTATION DE LA MAIN-D'OEUVRE

Au début des années 1990, les CRS ont commencé à procéder à des consultations et à faire des recommandations au ministère de la Santé relativement à la restructuration des hôpitaux locaux dans leur région. L'un des éléments importants de plusieurs de ces recommandations visait l'élaboration, par les parties concernées, de plans de ressources humaines (plans RH) qui tiennent compte des principes d'égalité en ce qui concerne la reconnaissance des services et la transférabilité des bénéfices. Cette intervention visait à favoriser une transition ordonnée et plus humaine par rapport à la situation qui prévalait auparavant.[46]

Avant même la création de la CRSS, les hôpitaux et les syndicats des villes de Windsor, London et Sarnia avaient déjà négocié des accords d'adaptation de la main-d'œuvre fondés sur les rapports du CRS.

Dans plusieurs communautés, la CRSS a nommé des facilitateurs (convocateurs) pour aider les hôpitaux et les groupes d'employés à élaborer des plans de ressources humaines qui facilitent l'adaptation de la main-d'oeuvre. Ces personnes avaient comme mission de regrouper les parties dans le but d'élaborer des plans d'adaptation de la main-d'œuvre à l'«échelle de la ville» (et dans certains cas à l'échelle de la région), de même que des plans visant à régler des problèmes spécifiques à un petit nombre d'hôpitaux ou que les parties concernées préféraient traiter au niveau local.

Vers la fin de son mandat, la CRSS a rencontré des représentants du personnel, de la direction et du gouvernement pour discuter des processus utilisés pour élaborer les plans de ressources humaines et revoir les éléments clés et les leçons tirées de ces processus. La Commission remercie tous ceux qui ont participé aux rencontres portant sur leur expérience en matière d'adaptation de la main-d'œuvre et des ressources humaines. Elle tient à adresser des félicitations aux parties concernées pour le travail extraordinaire qu'elles ont accompli en surmontant les différences d'intérêt et en élaborant des plans détaillés qui couvrent maintenant la majeure partie de la province.

Cette section du rapport résume les résultats de la consultation de la CRSS sur les processus d'élaboration de plans d'adaptation de la main-d'œuvre et des ressources humaines.

---

46 L'annexe D énumère les principes d'égalité tirés du rapport *Essex County Win/Win Model: An Evolving Plan for Total Health System Reconfiguration*, qui est le rapport final sur la reconfiguration rédigé par le comité directeur du CRS du comté d'Essex en 1994.

Consultation de la CRSS

La Commission a retenu les services de M. L. Victor Pathe pour faciliter la consultation avec les représentants des principaux syndicats, la direction des hôpitaux et le gouvernement, de même que pour dresser un compte-rendu de l'expérience des parties dans ce domaine.[47] M. Pathe avait déjà participé à plusieurs titres à l'élaboration de plans de ressources humaines : à la fois à titre d'agent d'enquête et de convocateur/médiateur pour le Grand Toronto et comme convocateur/facilitateur et médiateur dans plusieurs autres communautés. Il connaissait les intervenants et était en mesure de proposer des personnes déterminantes, en raison de leur participation à des négociations de plans de ressources humaines, comme participants à rencontrer dans le cadre de la consultation de la CRSS. Le groupe consultatif[48] a rencontré les participants au cours des mois de septembre et d'octobre 1999. Afin d'éviter les problèmes d'horaire avec les participants et d'encourager un dialogue ouvert, les rencontres ont généralement eu lieu en présence d'un seul participant. Parmi tous les principaux syndicats représentés dans le secteur hospitalier, un seul a refusé de participer à la consultation.

Les participants en provenance du secteur patronal furent sélectionnés de façon à représenter le large éventail d'expériences en matière de négociations de plans de ressources humaines, allant des communautés ou des accords étaient sur le point d'être conclus, à celles ou les négociations étaient suspendues ou toujours en cours. L'OHA et les ministères pertinents furent consultés. Madame Denise Wilson et M. Vic Pathe, qui agissaient tous deux à titre de facilitateur pour la Commission, ont également fait part de leur expérience. La rencontre débutait généralement par une brève déclaration liminaire par les participants, suivie de questions de contrôle et d'échanges informels.

Les participants étaient informés à l'avance du type d'information que la CRSS souhaitait recueillir. On les encourageait à s'entourer de collaborateurs bien informés et à présenter leurs observations par écrit. Les participants se sont exprimés librement et de façon ouverte. Dans plusieurs cas, les présentations contenaient une chronologie et beaucoup de détails, décrivant clairement l'effet des personnes impliquées, de l'histoire locale et des circonstances, de même que des questions relatives au processus.

Le groupe consultatif a tenté de dégager les obstacles rencontrés, leurs causes et de quelle façon on les avait surmontés. Le groupe souhaitait également s'informer sur l'effet des personnalités en cause et des problèmes locaux sur le déroulement des négociations. Des questions de contrôle relatives à la mise en œuvre étaient posées le cas échéant.

---

[47] Voir l'annexe D pour la liste des répondants de la consultation.

[48] Le groupe consultatif était composé de L. Victor Pathe (Pathe Gardner and Associates), Suzanne Silk Klein (associé de Pathe Gardner) et Mario Tino et Beverley Nickoloff (membres de la CRSS).

Historique : support législatif pour la restructuration du secteur de la santé

La réglementation (règlements 87/96 et 88/96 de l'Ontario) a permis à la CRSS d'émettre des *Directives* aux hôpitaux, mais ne lui a accordé aucun pouvoir sur les syndicats, qu'on ne pouvait forcer à participer à la consultation et qu'ils l'ont fait *seulement* lorsqu'ils considéraient qu'il était dans l'intérêt de leurs membres de coopérer. De plus, la CRSS ne disposait que de l'autorité de conseiller le ministère en ce qui a trait au retranchement des HPP des opérations provinciales ou aux questions relatives aux réinvestissements, par exemple, les soins à domicile et les soins de longue durée nécessaires pour soutenir la restructuration des hôpitaux.

La CRSS a entrepris sa révision dans chacune des communautés par l'analyse du rapport du CRS local. Les commissaires principal et adjoint de la communauté ont ensuite rencontré les principaux intervenants incluant le conseil exécutif des hôpitaux, les représentants du CRS et du CASC, les chefs syndicaux, le personnel médical, les représentants locaux de l'Académie de médecine et de l'Ontario Nursing Association, de même que les politiciens locaux. La CRSS a également publié des avis dans les journaux locaux invitant la population à faire part de leurs commentaires sur les recommandations du CRS local et sur la restructuration des hôpitaux en général. Lors de la publication de son document intitulé *Avis d'intention d'émettre des directives* (rapport initial), la CRSS s'est rendue dans les communautés, a rencontré les CEO et les conseils d'administration des hôpitaux, de même que les représentants du CRS local, puis a convoqué une conférence de presse pour rencontrer les média. Elle a également organisé des séances d'information réservées aux politiciens locaux et aux principaux intervenants de la communauté, incluant les réprésentants des principales centrales syndicales. Finalement, la CRSS a accordé un délai de 30 jours aux intervenants pour faire part de leurs commentaires ou soumettre de nouveaux mémoires sur les *Avis* présentés avant la publication de ses *directives* et de son rapport final.

Dès le début, on savait que la restructuration des hôpitaux aurait des conséquences énormes sur le personnel : gestionnaires, professionnels de la santé (incluant les médecins) et personnel affecté aux soins indirects. La Commission reconnaît que l'adaptation de la main-d'œuvre constituait un point important, que les conventions collectives n'étaient pas adaptées à la «nouvelle réalité» de la restructuration des services de santé et qu'il fallait trouver une façon rationnelle de faire face aux changements. Au moment où la CRSS a entrepris ses travaux, personne n'était en mesure d'évaluer le nombre d'emplois qui risquaient d'être éliminés ou modifiés d'une quelconque façon. Cependant, l'idée de laisser les parties concernées aborder le problème *de façon locale* au moyen de la planification et sans intervention ou directive de la Commission semblait, et s'est avérée, être une bonne stratégie. Pour cette raison, les directives que la CRSS a adressé à chaque communauté incluaient la nécessité de développer un plan de ressources humaines. Les ententes conclues par les villes de Windsor, London et Sarnia avant que la Commission n'entreprenne ses travaux ont servi de modèles.[49]

Relations de travail

La structure législative de négociation collective qui régit les hôpitaux, les méthodes actuelles de négociation collective et les réalités du marché du travail ont tous eu un impact sur la négociation de plans en matière de ressources humaines.

Premièrement, dans les hôpitaux de l'Ontario, toutes les négociations collectives sont régies par la Loi sur l'arbitrages des conflits de travail dans les hôpitaux (LACTH) telle que modifiée en 1990 par le point H.14 des Lois refondues de l'Ontario (L.R.O.). La LACTH permet l'arbitrage exécutoire pour résoudre les impasses dans les négociations collectives et on y recourt à une fréquence considérable. En fait, certaines des personnes rencontrées croient que la législation n'a pas encouragé les parties à conclure des ententes collectives par la négociation, mais les a plutôt portées à se fier sur l'arbitrage pour régler les conflits d'intérêts au cours des négociations. Toutefois, dans le cadre de l'élaboration des plans de ressources humaines, les parties ont eu à négocier pour en arriver à des ententes multipartites et ce conformément à des calendriers serrés. De plus, bien qu'on disposait de modèles de procédures d'élaboration et de contenu de plans de ressources humaines, grâce aux plans élaborés dans d'autres communautés, les parties ont eu dès le départ à s'entendre sur un processus et sur le langage à adopter pour l'élaboration du plan. Ainsi, l'accès à l'arbitrage était disponible suivant une netente en ce sens.

---

[49] La situation des médecins n'a pas été abordée dans le cadre des consultations qui constituent la base de ce rapport. La CRSS a traité séparément la question de la planification des ressources humaines et du déplacement des médecins (voir section IX de ce rapport) en confiant à un groupe d'enquêteurs le mandat de rencontrer les médecins et les dirigeants académiques de London, Ottawa et Toronto en janvier 1998. La CRSS a publié le rapport des enquêteurs (incluant les principes et les recommandations pour aborder l'impact de la restructuration des médecins d'une façon systématique et équitable) comme un document de travail dans le cours de l'année qui a suivi.

Deuxièmement, les hôpitaux de l'Ontario s'étaient engagés sur une base volontaire dans la négociation collective centralisée par l'intermédiaire de l'OHA. Cependant, le mandat de l'OHA ne lui permettait pas d'intervenir directement dans les négociations des plans de ressources humaines. Certaines des personnes rencontrées ont indiqué avoir noté que les négociateurs représentants les milieux hospitaliers, que ce soit les directeurs généraux (CEO) ou les professionnels des ressources humaines, n'avaient pas beaucoup d'expérience dans les libres négociations collectives. D'autres personnes ont indiqué que ce fait constituait un avantage au niveau de l'élaboration des plans de ressources humaines, en ce sens que cela avait peut-être forcé les parties a abordé cette tâche comme une activité de recherche de solutions communes plutôt que comme un exercice de négociation sans compromis.

Alors que les négociations au niveau des ressources humaines étaient en cours, le gouvernement de l'Ontario a voté la loi 136, The Public Sector Labour Relations Transition Act , SO 1997, c. 21, annexe B, qui modifiait la législation des relations de travail dans les hôpitaux faisant l'objet d'une restructuration. Cette loi visait à faciliter la restructuration en favorisant le traitement rapide des questions relatives aux droits de représentation du syndicat et à la convention collective qui aurait préséance s'il y avait des transferts de programme et que les parties ne pouvaient s'entendre. Toutefois, le mouvement syndical était fortement opposé à cette loi à l'époque. De leur côté, les employeurs étaient incertains des résultats et tentèrent en règle générale d'éviter que les syndicats ne tirent profit de la loi.

Finalement, en cours de négociation, l'évaluation de l'impact sur le marché du travail de la restructuration proposée dans le secteur de la santé a été modifiée de façon considérable, ce qui a eu pour effet d'améliorer à la fois le moral des personnes en cause et l'atmosphère des négociations. Au début, on craignait des mises à pied massives. Cependant, les rencontres ont révélé que les deux parties en cause étaient fortement motivées à limiter les impacts négatifs de la restructuration sur les employés des hôpitaux (ou les médecins). Les syndicats souhaitaient obtenir une marge monétaire pour les employés et dans ce sens, les hôpitaux ont accepté de verser de généreuses compensations et d'offrir divers programmes de retraite anticipée volontaire pour maintenir le moral du personnel et éviter les mises à pied. Les hôpitaux disposaient de fonds spéciaux qui avaient été mis à leur disposition pour faciliter l'adaptation de la main-d'œuvre (voir la section V pour plus de détails).

Bien qu'avec le temps on a constaté que certains secteurs professionnels connaissaient une nouvelle pénurie de main-d'œuvre, ce qui a eu pour effet d'éliminer presque totalement les craintes relatives aux mises à pied massives, les parties souhaitaient quand même en arriver à une entente. Dans la plupart des cas, les plans RH ont permis aux parties de disposer d'une certaine marge prévisionnelle et d'établir un processus ordonné pour la gestion des transferts de personnel.

Résultats de la consultation

Bien que les opinions des participants aux rencontres différaient sur plusieurs points, la consultation a quand même permis de dégager un ensemble de thèmes communs. Les éléments relatifs aux ressources humaines et à l'adaptation de la main-d'œuvre qui se dégagent de la restructuration sont les suivants :

Réalités reliées au marché du travail : Bien qu'on pouvait facilement prévoir certains des obstacles et difficultés rencontrés, la consultation a révélé qu'ils n'affectaient pas les parties de la même façon.

D'abord, les syndicats et leurs membres considéraient que leur convention collective du moment était intouchable et s'opposaient à tout processus qui tentait d'en modifier les conditions. Un syndicat (CUPE) qui refusait de considérer toute modification aux clauses relatives à l'adaptation de la main-d'œuvre, bien que compensées par de nouveaux avantages, a même refusé de participer aux négociations. Un autre des obstacles rencontrés concernait l'importance que les syndicats et les employés accordent aux questions relatives à l'ancienneté. Les fusions, les regroupements et les transferts de programme ont soulevé d'importantes questions par rapport à l'ancienneté. Chaque syndicat voulait protéger les droits de ses membres.

- *Est-ce que les listes d'ancienneté seraient fusionnées et, le cas échéant, de quelle façon?*

- *De quelle façon seraient traités les employés non syndiqués et comment tiendrait-on compte de leurs années de service par rapport à l'ancienneté des membres de syndicat?*

- *Jusqu'à quel point les droits de supplantation seraient applicables?*

Par contre, les responsables de la gestion des hôpitaux souhaitaient que la transition s'effectue rapidement et en douceur et voulaient maintenir des soins aux malades de qualité pendant et après la mise en œuvre du processus de restructuration.

Un troisième élément concernait le droit d'un travailleur de se déplacer pour conserver son poste en cas de relocalisation. Les fusions et les programmes de transfert risquaient de créer de la concurrence entre les travailleurs et entre les syndicats, et mettaient en cause différentes conventions collectives et modalités et conditions de travail qui devaient être harmonisées. De plus, la notion de «se déplacer en fonction du travail» n'était pas facile à définir par rapport aux droits du personnel de soutien ou du personnel responsable des soins indirects et a soulevé des questions difficiles à résoudre.

La nature et la complexité des négociations multipartites a constitué un autre obstacle important. La structure de ces négociations était très différente de celle des autres conventions collectives dans ce secteur. D'abord, il n'y avait aucune procédure législative ou méthode de résolution de conflits définie : les parties ont dû élaborer leur propre processus. Ensuite, les parties ne travaillaient pas à partir d'une entente antérieure, elles devaient la créer de toute pièce en tenant compte de calendriers serrés; ce qui représente un défi de taille même en disposant de modèles de plans conclus dans d'autres communautés. De plus, la centralisation de la négociation dans ce secteur signifiait que l'OHA, au nom des hôpitaux, devait négocier de façon individuelle avec chaque syndicat. Par conséquent, les plans de ressources humaines devaient être élaborés localement en présence de toutes les parties visées à la table, lesquelles, compte tenu du climat de risque de réduction dans lequel elles évoluaient, se considéraient souvent comme des compétiteurs. De chacun des côtés de la table, il y avait des gagnants et des perdants potentiels et presque tous les répondants ont indiqué que les conflits à l'intérieur d'un même groupe de travail pouvaient être aussi sérieux que ceux entre les employeurs et les syndicats. Finalement, établir les calendriers de rencontre avec un si grand nombre de participants a nécessité beaucoup de coordination. On avait conclu que si les calendriers de rencontre n'étaient pas bien coordonnés dès le début, les rencontres risquaient d'avoir lieu par intermittence, ce qui aurait pour effet de prolonger le processus indéfiniment. La présence de non-participants à titre d'«observateurs» autour de la table lors des négociations a également contribué aux difficultés rencontrées.

Obstacles perçus par les parties : De nombreux problèmes, questions et obstacles ont été identifiés tant par les travailleurs que par les gestionnaires. Plusieurs participants ont noté qu'en général, les parties en place n'avaient pas une très large vue d'ensemble du système; ce qui est compréhensible compte tenu de leur expérience et de leurs intérêts. Sur ce point, l'ONA a constitué l'exception, peut-être parce qu'il s'agit d'un syndicat qui regroupe une seule profession et qui n'est généralement pas en compétition avec d'autres syndicats en matière de droits de représentation.

Du côté des employeurs, dans le cadre des rencontres, plusieurs ont indiqué que la plupart des directeurs généraux (DG) des hôpitaux faisaient face à des contraintes budgétaires, s'inquiétaient du futur de leur hôpital et dans plusieurs cas, de leur propre emploi. On a aussi noté que dans le Grand Toronto l'absence d'une approche englobant l'ensemble du système était exacerbé par le haut taux de roulement de l'effectif au niveau des DG au cours des quelques dernières années. De ce fait, les DG du Grand Toronto se connaissaient peu, comparativement à d'autres communautés, et avaient eu peu d'occasions de travailler en collaboration. Selon certaines des personnes rencontrées, il semblerait que certains DG ont favorisé une approche compétitive du côté du secteur privé. Plusieurs des participants ont noté qu'il existait une différence de culture notoire entre les hôpitaux d'enseignement et les hôpitaux sans vocation pédagogique, différence marquée dans le cas de Toronto, ce qui a rendu encore plus difficile l'élaboration d'une approche commune à l'adaptation de la main-d'œuvre.

Certains participants ont attribué le manque de perspective à l'absence d'une approche réelle de la planification à l'échelle du système, qui serait définie par le ministère (ou par un autre organisme). Ils voyaient la restructuration des hôpitaux comme une des parties de la réorganisation nécessaire au niveau du système de santé et considéraient que la planification de l'adaptation de la main-d'œuvre eut été plus facile à réaliser et plus complète si un processus de réforme plus détaillé et global avait été mis en place.

On a également signalé qu'il existe d'importantes différences d'intérêt au niveau de chaque groupe, ce qui a rendu encore plus difficile l'atteinte d'une position coordonnée. De plus, pour la plupart des communautés, l'établissement du calendrier pour un large groupe de négociateurs a été une source continue de problèmes. Finalement, les hôpitaux qui ont tenté de négocier un accord commun visant la réorganisation des services des hôpitaux publics et la prise en charge des HPP, se sont retrouvés coincés. Le fait de séparer les deux exercices a permis d'en arriver à certains accords relativement aux plans de consolidation et de transfert entre hôpitaux publics.

Rétrospectivement, des répondants ont indiqué que la présence d'un «observateur» provenant d'un syndicat non impliqué a compliqué les discussions et nuit à la conclusion d'ententes. Dans certains cas, aussitôt que l'observateur s'est retiré, des négociations bloquées ont reprises avec succès. Mais au début du processus, les parties n'avaient pas prévu l'effet contraignant qu'aurait la présence à la table d'un participant extérieur aux négociations.

Le groupe d'experts a analysé un certain nombres des principaux points sur lesquels les travailleurs et les gestionnaires ne s'entendaient pas. Par exemple, la différence de processus pour régler les conflits au moment des impasses dans les négociations est un point qui a été rapidement soulevé. Certains gestionnaires ont fait allusion à des expériences antérieures d'arbitrage sous la LACTH pour démontrer pourquoi les hôpitaux de certaines communautés hésitaient à recourir à l'arbitrage, craignant que ce recours ne les empêche d'en arriver rapidement à un règlement négocié et qu'il devienne plus difficile de négocier des compromis. Ils craignaient que les syndicats approuvent les conditions avantageuses et qu'ils soumettent les moins avantageuses à l'arbitrage en contrepartie. Cependant, un porte-parole des milieux hospitaliers a expliqué que le sentiment d'antipathie général envers l'arbitrage est en partie dû au fait reconnu que les «accords négociés sont plus faciles à interpréter et à mettre en œuvre que ceux soumis à l'arbitrage». Dans la plupart des cas, les syndicats souhaitaient l'intervention d'un particulier ou d'un groupe neutre pour régler les conflits. Ils n'exprimaient aucune crainte face à l'arbitrage et croyaient que cela pourrait accélérer le processus. Dans le cadre de l'analyse finale, on s'est aperçu que les craintes soulevées étaient inutiles puisque la plupart des négociations ont pris fin sans impasse nécessitant de l'arbitrage. C'est plutôt la facilitation et la médiation qui ont permis aux parties en cause de résoudre les problèmes, surmontant leurs différences de position et d'intérêt pour en arriver à une entente. Dans le cas où une entente visant le recours à l'arbitrage était incluse dans un document de «paramètres», elle a servi à encourager les accords à l'amiable; situation qui contraste avec l'expérience antérieure connue lors des négociations collectives des hôpitaux.

Le règlement des conflits pendant la période de mise en œuvre a également constitué un point quelque peu litigieux. L'un des syndicats en particulier a insisté pour qu'une clause d'arbitrage exécutoire soit ajoutée à l'entente. Dans ce cas, les hôpitaux ont généralement fait pression pour obtenir des conditions qui limitent l'autorité de l'arbitre.

La recommandation de la CRSS à l'effet que les hôpitaux devraient songer à confier certaines fonctions à la sous-traitance a touché un point sensible. Alors que plusieurs hôpitaux ontariens souhaitaient rationaliser leurs opérations de cette façon, les syndicats pour leur part étaient pour la plupart opposés à la sous-traitance et hésitaient à modifier le contenu des conventions collectives ou à autoriser une pratique qui selon eux plaçaient leurs membres en position de désavantage et affaiblissait leur syndicat.

Les parties en cause ont eu de la difficulté a trouvé une entente sur les droits de supplantation. Les hôpitaux souhaitaient éviter la supplantation en chaîne, visant à accélérer la période d'intégration et d'adaptation, et les syndicats voulaient conserver les droits contenus dans la convention collective actuelle. On en arrivait généralement à une entente en acceptant un compromis entre la limitation des droits de supplantation et la bonification des conditions de départ volontaire et de mise à la retraite.

En ce qui a trait au départ volontaire, les syndicats ont tenté à plusieurs reprises d'obtenir des droits importants pour maximiser les choix offerts à leurs membres en offrant à tout membre d'un groupe professionnel la possibilité de quitter son poste. Les hôpitaux, pour leur part, préféraient limiter les départs volontaires aux situations réelles de surplus de personnel. Le personnel infirmier était particulièrement visé par ce point. Bien que plusieurs souhaitaient suivre les patients qui étaient dirigés vers des centres de soins de santé communautaires, les hôpitaux (qui commençaient à faire face à une pénurie de personnel infirmier) hésitaient à les laisser partir. Ils ont préféré leur offrir la formation de reconversion nécessaire pour respecter les besoins liés aux changements, plutôt que de payer à la fois pour les départs volontaires et le recrutement. En règle générale, les hôpitaux considéraient qu'il s'agissait d'une méthode saine de gestion qui leur permettait de minimiser les coûts et d'assurer la permanence et la disponibilité du personnel.

Mesures et conditions qui ont contribué au succès : La mise en œuvre des *Directives* de la CRSS a nécessité l'élaboration d'un plan, mais selon les répondants, ce qui a réellement motivé les parties à se rendre à la table, c'est la perspective de gains réciproques. Les syndicats devaient montrer à leurs membres (qui craignaient les effets de la restructuration) qu'on s'occupait de leurs craintes et qu'on travaillait dans leur intérêt. Ils avaient également la possibilité de négocier des nouvelles conditions à la convention collective existante en tirant profit d'une situation qui demandait des rajustements ponctuels. Pour leur part, les employeurs avaient besoin de conditions qui réduiraient au maximum les arrêts, la résistance aux changements ou les conflits juridiques. Les deux parties avaient besoin de disposer d'une certaine marge prévisionnelle.

Une fois les négociations entreprises, le pragmatisme et la flexibilité démontrés ont constitué un facteur positif. Par exemple, le fait que les négociateurs n'aient pas à obtenir l'accord collectif de tous les syndicats a permis d'élaborer des plans de ressources humaines avec au moins certains des syndicats. De façon plus précise, les négociateurs ont réalisé des gains additionnels en acceptant de s'attaquer à des problèmes spécifiques à certains syndicats et de revoir certaines ententes pour y apporter de petits changements. Dans au moins un cas mentionné, la flexibilité dont on fait preuve les gestionnaires en offrant le choix entre deux programmes de départ a permis à certains syndicats d'en arriver à une entente.

Deux mécanismes distincts ont permis d'en arriver à une certaine coordination. Dans l'une des communautés, les DG de l'hôpital et les principaux gestionnaires des RH se sont rencontrés pour établir des principes communs et présenter un front commun. Ils y sont arrivés en partie parce qu'ils avaient déjà été confrontés à un certain remaniement et à une fusion limitée des services. Dans plusieurs cas, les parties ont nommé des porte-paroles pour négocier sur la base de réunions préliminaires, ce qui a permis de réduire le nombre de personnes présentes à la table et de rendre les négociations plus productives.

Les parties qui avaient établi un document de «référence» et défini la notion d'équité et s'étaient engagés à la respecter disposaient d'un cadre pour les discussions et d'une base à partir de laquelle élaborer et analyser les propositions. Cet aspect était particulièrement important dans les cas où la réduction du personnel était fort possible. Par exemple, l'établissement d'un mécanisme relatif à l'évaluation du personnel nécessaire pour les soins indirects et d'une mesure pour déterminer le numérateur et le dénominateur appropriés pour le calcul du ratio a permis d'effectuer un essai neutre en matière d'équité qui a mis les parties en confiance.

Finalement, le groupe d'experts a entendu plusieurs descriptions d'interventions opportunes dans le cadre de la médiation qui ont permis de sauver les négociations du naufrage.

Facteurs et problèmes locaux : Tel que prévu dès le début, les facteurs purement locaux ont été d'une grande importance. Par exemple, le choix de porte-paroles efficaces a été un élément capital. Dans ce cas, l'expérience et la personnalité des personnes choisies faisaient toute la différence. Le pragmatisme, la franchise, la flexibilité et la crédibilité étaient des qualités aussi recherchées que la force persuasive. Dans un cas mentionné, un DG qui agissait comme porte-parole a réussi à convaincre d'autres CEO (qui n'étaient pas présents à la table) de la nécessité d'accepter des compromis. Il eut peut-être été plus difficile pour un directeur de RH de s'adresser aussi ouvertement à des DG.

Dans certaines communautés, des problèmes locaux n'ayant pas été réglés auparavant se sont ajoutés aux difficultés du moment. Par contre, les participants provenant de communautés où des ententes antérieures de remaniement et de coopération avaient été conclues ont noté que leur expérience a rendu les dernières négociations plus faciles. À Ottawa, on a finalement pu en arriver à une entente en reportant l'étude d'une question épineuse, le bilinguisme. On a cependant reconnu que cette question devra faire l'objet de discussions dans le cadre de négociations impliquant des groupes plus locaux.

Vision du rôle de la CRSS par les parties en cause : Plusieurs répondants ont indiqué qu'ils auraient souhaité une Commission plus radicale chargée de recommander (et même d'imposer) des procédures et d'établir une liste du contenu des plans de RH et de normes minimales. Certains ont décrit un modèle de Commission qui aurait eu le pouvoir d'user de coercition à l'encontre du partie opposée. Plusieurs se sont dits déçus qu'il n'y ait aucune pénalité imposée en cas de non-respect des dates limites ou de négociations dilatoires. L'un des répondants a indiqué que les *Directives* de la Commission auraient dû contenir une clause pour l'arbitrage en cas de non-respect d'une date limite. De nombreux participants auraient préféré une Commission jouant le rôle d'un «secrétariat disposant de pouvoir» vouée à assurer du soutien général, à coordonner les rencontres et à obliger la participation.

Certaines parties se sont plaintes du manque de transparence ou du langage des *Directives* qui ont contribué à augmenter la tendance de certains employeurs à croire qu'ils étaient les bénéficiaires d'une prise en charge organisée de l'ensemble des installations, programmes et services de la province.

Cependant, en règle générale, une fois mis au fait du mandat de la CRSS, la plupart des participants se sont dits satisfaits de l'aide reçue de la Commission, spécialement dans les cas où elle a désigné un responsable/médiateur pour aider les communautés à traverser les périodes «difficiles» dans les négociations. L'un des participants s'est dit mécontent relativement à ce qu'il a appelé un manque de collaboration de la part de la Commission.

Tous les participants ont noté l'importance de la demande contenue dans les *Directives* de la CRSS relativement à la planification en matière de RH. Plusieurs croient que c'est *l'élément* déclencheur qui a amené les parties à la table. Selon l'un des participants, une fois les *Directives* publiées avec des dates limites définies, les parties se sont senties pressées d'élaborer un plan de crainte que les programmes ne soient mis en œuvre avant la mise en place du plan. Un autre participant a indiqué que la motivation de certaines parties était d'en arriver à une entente avant la fin du mandat de la CRSS.

Mise en œuvre : Bien que le processus de mise en œuvre des *Directives* de la CRSS ne faisait que commencer dans plusieurs communautés au moment des consultations, les répondants ont indiqué que les offres généreuses de départ volontaire, la pénurie croissante de personnel qualifié et une planification soignée avaient permis d'éviter la mise à pied du personnel englobé par les plans de RH.

Cependant, plusieurs ont indiqué qu'il est possible que des mises à pied aient lieu une fois que le retranchement des HPP sera terminé. De plus, on a signalé qu'il y avait eu des mises à pied dans les cas où aucun plan n'avait été élaboré au moment du transfert des programmes.

De nombreux participants ont souligné le travail des comités de surveillance qui ont participé à l'élaboration de tous les plans de RH. En règle générale, les conditions favorables à la négociation du plan se sont manifestées dès l'étape de contrôle. La planification, la sélection aléatoire de membres de comité et de coprésidents et la communication soutenue entre les parties ont tous été d'importants facteurs de réussite. Le groupe d'experts a été impressionné par la description détaillée qu'un comité a fait de son fonctionnement. Dans ce cas, les principaux facteurs qui ont contribué à la réussite de l'opération sont les suivants : établissement d'un calendrier régulier de rencontres, confirmation de l'ordre du jour à l'avance, aucune discussion portant sur des éléments qui ne figurent pas à l'ordre du jour pour éviter les surprises et le manque d'informations, et distribution régulière de rapports de progression. De plus, les coprésidents syndicaux-patronnaux communiquaient régulièrement et étaient souvent en mesure d'intervenir pour éviter un problème, plutôt que d'avoir à le régler. Comme l'a indiqué l'un des participants, «le rôle de soupape de sûreté que joue le comité de surveillance est extrêmement important».

Un répondant a indiqué qu'il était parfois souhaitable de bénéficier d'un embargo sur les nouvelles pendant les phases critiques de la négociation, tout en admettant que des communications régulières avec les employés touchés avaient pour effet de réduire l'incertitude et les perturbations causées par le processus d'adaptation.

Retranchement des hôpitaux psychiatriques provinciaux (HPP): Le processus de retranchement des HPP a créé une vague de mécontentement général. Les participants en ont imputé la faute à un manque de consultation préalable et la plupart d'entre eux ont critiqué le modèle de retranchement proposé dans la plupart des communautés[50], qui consistait, dans un premier temps, à confier la direction du processus à un hôpital public spécifique en attendant la dispersion des lits (étape appelée «répartition») dans plusieurs hôpitaux, certains situés à bonne distance de l'hôpital en charge. Ce processus en deux étapes a été décrit comme un obstacle majeur qui a contribué à prolonger à la fois la période d'adaptation et l'incertitude du personnel auxiliaire. Le syndicat des employés et employées de la fonction publique de l'Ontario (SEEFPO), qui représentait la plupart des employés des HPP, a craint que le mandat de la CRSS ne se termine avant la fin de la phase de négociations et de mise en œuvre (élément qui a été pris en considération depuis), ce qui aurait laissé un vide dans les cas pouvant nécessiter des conseils en provenance de la CRSS (ou une directive du ministère).

---

50 Ces communautés sont les suivantes : Brockville, Hamilton, Kingston, London, St. Thomas et Thunder Bay.

Les hôpitaux de première intervention avaient plusieurs craintes et plusieurs plaintes à formuler. D'abord, l'intégration du personnel des HPP dans les hôpitaux publics serait difficile parce qu'il n'existait pas dans ces établissements de contrepartie aux emplois occupés dans les HPP. Ainsi, alors qu'on s'entendait pour dire que les travailleurs devraient se déplacer en fonction du travail, il n'y avait aucun travail à offrir à certains membres du personnel des hôpitaux psychiatriques. De plus, les hôpitaux publics avaient déjà fait l'objet d'une réduction de personnel alors que les hôpitaux psychiatriques n'avaient pas encore été soumis à cet exercice. Il faudrait donc que toute nouvelle réduction du personnel ait lieu après la fusion mais avant la répartition. En règle générale, le personnel des HPP avait plus d'ancienneté que le personnel des hôpitaux de première intervention et pourrait donc évincer le personnel en place dans le cadre de tout transfert de programmes pendant la période de transition. Les indemnités de licenciement risquaient de représenter un montant considérable et le personnel risquait de souffrir moralement. Les syndicats des hôpitaux publics ont exprimé leurs craintes quant à l'effet que ces mesures auraient sur leurs membres.

De plus, les conventions collectives des hôpitaux publics diffèrent de façon substantielle de celle du SEEFPO (qui s'applique aux HPP), ce qui rend l'harmonisation difficile. Les participants des hôpitaux publics ont indiqué qu'ils croyaient que la négociation d'une entente du type de celle du SEEFPO visant à englober l'ensemble des services publics ne convenait pas à leur contexte hospitalier.

Les participants ont noté que les négociations étaient compliquées par la présence à la table du Conseil de gestion du gouvernement (CGG) de l'Ontario.[51] Ce dernier se voyait dans le rôle de l'employeur. Mais pour les hôpitaux publics et les syndicats, le CGG représentait également le gouvernement qui finance les hôpitaux et établit les règles qui régissent le fonctionnement des syndicats et des hôpitaux. Certains hôpitaux ont eu l'impression que la présence d'un représentant du CGG créait un déséquilibre au niveau du pouvoir, ce qui faisait paraître les énoncés du représentant comme des ordres plutôt que comme des arguments de négociation, peu importe son intention. De nombreux participants à la consultation ont dit ressentir que le CGG représentait le Trésor tout autant que les HPP.

---

51 En vertu de la Loi sur le Conseil de gestion du gouvernement et la Loi sur le Conseil du Trésor, le CGG est mandaté pour assurer la direction centrale de la gestion des ressources humaines, financières et médicales, conformément aux priorités du gouvernement au niveau des politiques et de la fiscalité et de ses objectifs opérationnels. Le CGG agit également à titre d'employeur, au nom du gouvernement, pour toutes les questions impliquant le gouvernement et ses employés du secteur public (et leurs agents négociateurs), incluant les négociations collectives.

Au moment de la consultation, les parties n'avaient toujours pas réglé leurs problèmes par rapport au retranchement des HPP, bien que des négociations centralisées en cours entre le CGG et les hôpitaux de première intervention portaient certaines parties à croire qu'on en arriverait à une entente sous peu. Finalement, plusieurs participants ont souligné le succès du retranchement de l'établissement psychiatrique Queen Street, qu'ils ont attribué avec beaucoup de certitude au fait qu'on avait créé une nouvelle entité sans tenter d'intégrer les installations fusionnées à un hôpital public existant.

Principales leçons

Bien que les perspectives des représentants des milieux syndical, patronal et gouvernemental étaient fort différentes, la consultation a quand même permis de dégager plusieurs thèmes communs.

Pour commencer, les trois milieux s'entendaient sur les obstacles aux progrès, sur les interventions qui ont favorisé les négociations et celles qui les ont bloquées, et sur ce que les parties attendaient de la CRSS. En ce qui a trait au dernier point, la consultation proprement dite a permis aux parties de réévaluer leur expérience. Par exemple, dans certaines situations où les parties ont recommandé plus d'intervention ou de pouvoir de la part de la Commission, l'analyse de l'impact potentiel qu'aurait eu le fait d'accorder un tel rôle à la CRSS leur a fait voir des désavantages dont ils n'avaient pas tenu compte auparavant. Les participants ont par la suite reconnu que la Commission avait probablement trouvé l'équilibre parfait entre imposer une réglementation et ne fournir aucun encadrement.

Rôle de la Commission

- **Directives** : Sans les *Directives* de la CRSS, la restructuration n'aurait pas eu lieu ou elle se serait produite plus lentement et de façon moins organisée, ce qui aurait peut-être obligé le gouvernement à intervenir directement.

- **Plans RH** : Toutes les parties ont reconnu l'importance de l'élaboration de plans de RH relatifs aux problèmes et aux procédures d'adaptation de la main-d'œuvre.

- **Dates limite** : Les dates limite établies par la CRSS ont incité les parties à poursuivre les négociations, bien qu'une fois ces dates dépassées, sans qu'aucune pénalité ne soit imposé, certaines des parties en cause se sentaient libérées de leurs obligations.

- **Mandat de la CRSS** : Les parties n'ont pas compris les limites du mandat de la CRSS. Par exemple, elles s'attendaient à des directives plus détaillées en ce qui a trait au processus d'élaboration des plans de RH et à leur contenu. D'autres croyaient que la participation de la CRSS irait aussi loin qu'établir les dates de négociation et contrôler la participation. On aurait souhaité obtenir plus d'informations sur le rôle de la CRSS et plus de consultation auprès des parties. D'un autre côté, on s'entend pour dire que le fait d'accorder un mandat trop large et trop de pouvoir à la Commission dans ce secteur aurait pu avoir l'effet contraire et mettre à dos les groupes de travailleurs.

- **Signification des *Directives* de la CRSS** : Certains hôpitaux ont interprété le transfert des programmes et de la gestion comme une «prise en charge» qui a placé les personnes faisant l'objet d'un transfert devant des politiques de travail préjudiciables et a rendu les négociations de plans plus difficiles. Il a été mentionné qu'on aurait dû éviter d'utiliser dans les *Directives* un langage pouvant être interprété dans le sens «gagnant» par opposition à «perdant».

- **Mise en marche du processus** : Dans le cas de négociations complexes ou difficiles, la désignation d'un responsable ou d'un facilitateur a été capitale pour entreprendre et maintenir les négociations.

Le rôle des parties et la conduite des négociations

- **Intérêts** : Les négociations ont été difficiles en raison des conflits d'intérêt qui opposaient le groupe patronal/syndical et les autres parties autour de la table. L'expérience tirée des négociations collectives antérieures a parfois permis d'atténuer les conflits et parfois de les exacerber. Il était important que les parties développent une certaine confiance et qu'elles travaillent sur la recherche de solutions conjointes.

- **Création du processus** : Il importait de définir dès le début le mandat et les règles de base de la négociation et, pour la plupart des parties, un mécanisme de résolution de conflits. Il était également important d'énoncer des principes en matière d'équité.

- **Porte-paroles** : Le fait de nommer un porte-parole de confiance pour chaque groupe patronal/syndical a réduit la confusion liée aux négociations multipartites.

- **Établissement des dates** : Dans certaines communautés, la coordination des calendriers et le contrôle de la présence des participants a constitué un problème majeur. La définition de blocs de journées destinés aux rencontres dès le début s'est révélé une stratégie productive.

- **Observateurs** : Les observateurs non-participants ont envenimé les négociations (c'est-à-dire que les parties critiques qui tenaient à rester en dehors du processus mais qui participaient aux rencontres ont nui à la progression des négociations et ont compliqué le travail du facilitateur). Les parties auraient dû insister pour que les ententes soient conclues sans la présence de ces observateurs à la table.

- **Mandat d'autorité** : Les négociateurs devraient disposer de l'autorité nécessaire pour conclure une entente.

- **Modèles :** Les plans élaborés auparavant sur une base volontaire (à Windsor et à London, par exemple) ont été utiles aux parties en guise d'exemples de format et de contenu de plan, de même que comme modèles de processus. La présence à certaines tables de ceux qui avaient négocié ces plans a été particulièrement utile.

Mise en œuvre

- **Surveillance** : La création d'un comité de surveillance composé de personnes clé aux postes de coprésidents et l'établissement de calendriers de rencontres régulières a permis de réduire les problèmes liés à l'interprétation et à la mise en œuvre. Les comités de surveillance en place ne se contentaient pas seulement de participer aux rencontres planifiées, mais ils organisaient également des activités entre les rencontres et maintenaient des contacts réguliers entre coprésidents.

- **Règlement de conflits** : À mesure que la mise en œuvre évolue, les conflits relatifs à l'interprétation de l'application des plans de RH risquent de nécessiter de l'arbitrage au niveau des droits.

HPP[52]

- **Modèles** : Il aurait été préférable que le processus fasse l'objet de plus de discussions et de consultation au niveau des hôpitaux publics avant que la CRSS ne fasse des recommandations relatives aux transferts de programme et au retranchement des HPP. Cela aurait peut-être contribué à créer un modèle différent et moins problématique. Avant d'élaborer le modèle du processus de retranchement, il aurait fallu discuter plus à fond des implications d'un tel processus au niveau des relations de travail, et en tenir compte.

- **Participants** : La présence à la table d'un représentant du CGG à titre d'employeur du personnel des HPP a eu pour effet de créer des inégalités au niveau des négociations et d'augmenter les conflits d'intérêt, compte tenu que c'est le gouvernement qui assure à la fois le financement des hôpitaux et en établit les règles.

---

[52] Ces questions sont traitées plus en détail dans la section VI de ce rapport qui traite de la santé mentale.

L'avenir : leçons du passé

Les parties qui sont toujours en cours d'élaboration de plans de RH auraient peut-être avantage à tenir compte de certaines des conclusions portant sur les facteurs qui ont influencé le succès des négociations. Celles qui mettent sur pied des comités de surveillance devraient s'inspirer des caractéristiques qui ont assuré le bon fonctionnement des comités. De plus, il est clair que les négociations de plans à venir bénéficieraient des résultats de recherches formelles sur l'efficacité de la mise en œuvre des plans de RH. L'analyse des questions suivantes a été jugée comme une étape importante qui pourrait contribuer à améliorer le travail qui sera effectué dans ce secteur dans l'avenir :

- Rapport de situation : Quels sont (étaient) les chiffres réels représentant les personnes touchées par la restructuration? (par exemple, Combien d'employés ont été déplacés? Combien se sont prévalus des offres de départ volontaire (ODV) ou de mise à la retraite anticipée? Combien ont été mis à pied? Combien ont réorienté leur carrière?)

- Recyclage : Quel type de recyclage a-t-on offert au personnel pour aider le transfert, pour recycler le personnel existant ou aider les travailleurs redondants à trouver un nouveau travail, et dans quel mesure le personnel a-t-il eu accès au recyclage?

- Questions : Quels sont (étaient) les principaux problèmes de mise en œuvre, défis et obstacles rencontrés? Est-ce que l'élaboration de plans RH a facilité la restructuration et est-ce que les mécanismes de surveillance ont été mis en place au bon moment dans le processus?

- Meilleures pratiques : Que pouvons-nous retirer de la documentation des études de cas actuels relativement à l'efficacité des processus? Est-ce que certains types de communications ou d'initiatives d'orientation ont permis de réduire l'angoisse des employés touchés par la restructuration?

- Effet global des changements : Jusqu'à quel point les ratios de personnel ont-ils été modifiés? Quel a été l'impact de la restructuration sur le moral du personnel, la satisfaction de la clientèle et des patients et les coûts nets?

- Adaptation de la main-d'œuvre dans la RGT/Grand Toronto : Quel a été le taux de transfert de personnel pour l'ensemble de la région? Quel effet a eu sur le personnel l'accès à un marché de travail plus large?

Mot de la fin

Un certain nombre de parties toujours en négociation à l'heure actuelle s'interrogent sur la façon d'assurer la survie du processus et de maintenir les engagements envers la justice et l'égalité lorsque le mandat de la CRSS prendra fin. Tel que mentionné auparavant, le sentiment général qui se dégage des rencontres est que la CRSS a assuré des services permanents aux parties en négociation (services incluant à la fois la clarification des

Directives et la désignation de facilitateurs/médiateurs). De façon plus précise, plusieurs répondants ont souligné la fonction de surveillance discrète qu'a exercé la CRSS, de même que l'établissement de dates limites et d'exigences liées aux rapports qui ont grandement facilité l'élaboration des plans de RH. Plusieurs ont indiqué que le départ de la CRSS laisserait un vide. Les questions soulevées sont les suivantes : Faut-il combler ce vide? Le cas échéant, de quelle façon?

Trois approches possibles ont été proposées :

1. **Autogestion :** Laisser la gestion aux parties. En tirant profit de l'expérience des autres, les parties devraient être en mesure d'autogérer le processus de négociation et de contrôler la mise en œuvre des ententes conclues. Cependant, compte tenu des conflits mentionnés par les participants, il semble peu probable que des négociations interrompues puissent reprendre sans aide et sans pression externes.

2. **Fonction gouvernementale :** Attribution de la surveillance à un ministère. Le ministre du Travail ou le MSSLD pourrait, par exemple, créer un bureau pour surveiller la négociation et la mise en œuvre des plans et pour apporter l'aide nécessaire aux parties. L'une des solutions possibles serait de greffer le bureau de surveillance au cadre du ministère du Travail. Ce dernier serait responsable du financement des services de santé alors que l'autre aurait le mandat d'aider les parties à résoudre leurs conflits par l'intermédiaire de la négociation ou de l'arbitrage. À ce jour, aucun des deux ministères n'a souhaité s'impliquer de façon active dans ce processus particulier d'adaptation de la main-d'œuvre. Un bureau permanent n'est probablement pas nécessaire et dépasse les besoins, mais l'ajout de cette fonction à un bureau existant peut conduire à un manque d'intérêt ou à des délais de réponse. De plus, cette solution va à l'encontre de l'approche sans lien de dépendance visé par le gouvernement en créant la CRSS.

3. **Aide externe, au besoin :** Retenir les services d'un intervenant extérieur, auquel les parties pourraient faire appel pour de la médiation ou d'autres types d'aide. Cette approche qui favorise l'autonomie a des chances de redonner confiance aux parties, d'accélérer le temps d'intervention et de réduire les coûts, compte tenu que ce service serait utilisé seulement sur demande des parties et que les demandes devraient recevoir l'approbation du ministère responsable du financement sur une base cas par cas.

En tenant compte des résultats de la consultation et des autres communications avec les parties, la CRSS croit que les parties qui sont toujours en négociation disposent de suffisamment de modèles pour leur permettre de créer les plans de RH dont elles ont besoin. Cependant, la Commission recommande aux parties de régler les problèmes qui les empêchent d'en arriver à une entente et de demander de l'aide au besoin.

Section IX :

Initiatives à l'échelle de la province

Adaptation des ressources humaines médicales

Services à l'enfance

Conseil ontarien de la santé des femmes

Services en matière de cancer

Services du domaine cardiaques

CRSS

SECTION IX : INITIATIVES À L'ÉCHELLE DE LA PROVINCE

Dans le cadre de son processus de révision des hôpitaux ontariens, la CRSS a relevé de nombreuses questions nécessitant une analyse plus approfondie et des approches différentes de celles appliquées à la restructuration des hôpitaux, sur une base communauté par communauté. La plupart de ces questions visaient l'ensemble de la province. Les principaux projets et initiatives recommandés sont les suivants :

- Création d'un *groupe de recherche de données sur les ressources humaines médicales* chargé de recommander un processus pour régler les problèmes liés à la restructuration des services de santé au niveau des ressources humaines médicales.

- *Services de santé à l'enfance*, incluant la création d'un groupe de travail sur les soins pédiatriques provinciaux (GTSPP) pour évaluer la possibilité de fusionner et de coordonner la prestation des services destinés à un faible nombre de cas pédiatriques nécessitant des soins tertiaires et quaternaires hautement spécialisés, tels que la chirurgie spécialisée et la transplantation.

- Proposition pour la création d'un *Conseil provincial de la santé des femmes*.

- Accessibilité à des *services en matière de cancer* dans certaines régions.

- Accessibilité à des *services cardiaques* dans certaines régions.

Le travail effectué par la CRSS à ce niveau et les travaux portant sur chacun de ces secteurs sont décrits brièvement ci-dessous.

Adaptation des ressources humaines médicales

Le 25 août 1997, la CRSS a annoncé qu'elle entreprenait une recherche de données sur les problèmes liés à l'adaptation des ressources humaines médicales dans le cadre de la restructuration.[53] Elle a pris cette initiative en tenant compte de la portée et de la complexité que représentent l'adaptation des ressources humaines médicales dans des grands centres de santé voués à l'enseignement tels que London, Toronto et Ottawa.

---

53 La CRSS a nommé le Docteur John Atkinson (J. Atkinson Health Care Professionals, Ottawa) à la présidence d'un groupe de travail composé de trois membres. Le Dr Ruth Wilson, médecin de famille établie à Kingston, et le Dr John F. Jarrell, Médecin chef du Calgary Regional Health Authority font également partie de ce groupe.

Ce processus de révision visait la participation des principaux intervenants pour identifier les problèmes touchant la communauté médicale et recommander des solutions possibles et des processus pour résoudre ces problèmes de la manière la plus juste et équitable qui soit.

Les responsables de la recherche ont accepté que des mémoires leurs soient soumis et sont allés rencontrer directement les représentants des hôpitaux locaux, les médecins, les universités, l'OMA, l'OHA et les groupes de médecins. À partir de ces consultations, ils ont rédigé le documents intitulé *Medical Human Resources Fact Finders Report to the Health Services Restructuring Commission*[54]. Ce rapport présente les *principes* directeurs applicables à ses recommandations :

- Priorité accordée à la qualité des soins aux malades
- Réduction maximale de l'impact de la restructuration des hôpitaux sur la prestation des services
- Processus ouvert et équitable pour la répartition du personnel médical
- Élaboration et utilisation de critères pour la nomination, la renomination, l'attribution et l'évaluation des ressources
- Soutien à l'évolution du rôle des médecins de famille et généraux
- Maintien des attributions des médecins touchés par la restructuration
- Reconnaissance du rôle des médecins sans vocation pédagogique qui assurent les services
- Reconnaissance du rôle essentiel des médecins voués à l'enseignement
- Reconnaissance du rôle des hôpitaux voués à l'enseignement pour la qualité des soins et les responsabilités académiques (éducation et recherche)
- Reconnaissance de la nécessité de développer des relations coopératives et collégiales entre les médecins voués à l'enseignement et ceux voués à la communauté.

Le rapport a été publié en janvier 1998 pour révision et commentaires. Un total de 24 organismes ont répondu à la demande. Dans l'ensemble, les mémoires présentés appuyaient fortement les principes et les recommandations contenus dans le rapport. La CRSS a tenu compte à la fois des recommandations et des réponses reçues. À partir de ces éléments, elle a élaboré une série ***d'Avis d'intention d'émettre des directives*** dans les régions de Toronto et RGT/905, London et Ottawa de même qu'un certain nombre de recommandations destinées au MSSLD sous forme d'Avis au ministère.

La CRSS n'a pas mis en place de mécanisme pour assurer le suivi de l'impact de la restructuration des hôpitaux sur les médecins. Toutefois, des informations et de la correspondance isolées reçues par la CRSS indiquaient que les principes et le processus

---

[54] *Medical Human Resources Fact Finders Report to the Health Services Restructuring Commission.* Janvier 1998. Ce rapport a été rédigé par les responsables de la recherche et publié par la CRSS en 1998 en guise de document de travail pour inviter le public à faire part de ses commentaires.

générique proposés par les responsables de la recherche étaient utiles de deux façons particulières :

1. Reconnaissance de la nécessité de définir un «processus de principe» pour s'assurer que tous les changements requis ont été apportés d'une façon juste et équitable et tenant compte de la protection de la haute qualité des soins aux patients.

2. Identification des institutions, incluant leur structure de gestion et de direction respective, qui ont cru dès le départ à l'importance de mettre en œuvre un «processus de principe».

Cependant, des médecins ont indiqué à la CRSS que certains établissements n'avaient pas procédé de façon «juste et équitable». Ces allégations visaient principalement les «interventions et comportements» d'un petit nombre d'hôpitaux recevant des programmes et des services en provenance d'hôpitaux destinataire ou d'hôpitaux devant se départir de services (voir la section IV pour la définition de ces types d'hôpital).

Services à l'enfance

Les enfants de l'Ontario bénéficie d'une large gamme de services [55], de recherches et d'études pédiatriques parmi lesquels se trouvent des centres académiques en sciences de la santé (AHSC), incluant l'Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario (HEEO) à Ottawa, l'Hôpital pour enfants de l'ouest de l'Ontario [qui fait partie du centre des sciences de la santé de London (LHSC)], la corporation des sciences de la santé d'Hamilton (HHSC), le Hospital for Sick Children (HSC) de Toronto et les hôpitaux de Kingston (Kingston General Hospital (KGH) et Hotel Dieu Hospital). Les hôpitaux de Sault Ste. Marie, Sudbury, Thunder Bay et Windsor offrent également des soins pédiatriques.

Dans le cadre de sa révision des services hospitaliers en Ontario, la CRSS a noté que la fragmentation des services aux enfants et aux adolescents constituait un sérieux problème au niveau des soins de la santé et qu'il fallait intervenir pour en assurer la coordination.[56] On se réjouira toutefois d'apprendre que le nombre d'enfants malades et la gravité des cas ont connu une importante réduction dans toute la province. Il résulte de cette constatation

---

55 En tenant compte des avis reçus dans les mémoires et des politiques d'admission informelles de plusieurs fournisseurs de services aux hospitalisés adultes, la CRSS a défini que les services de *pédiatrie* se limitaient aux patients de 14 ans et moins admis pour tout type de soins, sauf les soins psychiatriques. Pour les services de soins psychiatriques aux enfants et adolescents, la CRSS a établi des objectifs de lits pour la population de moins de 18 ans.

56 CRSS. *Rapport sur la restructuration des services de santé de Thunder Bay* (october 1996), *Rapport sur la restructuration des services de santé de London* (février 1997), *Rapport sur la restructuration des services de santé de la Communauté urbaine de Toronto* (July, 1997), *Rapport sur la restructuration des services de santé d'Ottawa* (août 1997).

que la protection de la qualité des soins exige que les services pédiatriques, spécialement ceux hautement spécialisés (tertiaires et quaternaires), soient concentrés dans un nombre moins élevé d'hôpitaux, où l'on pourra regrouper les installations, l'équipement et l'expertise nécessaires. En ce moment, ces services sont répartis dans plusieurs secteurs intra et inter-hospitaliers, de même que dans des organismes communautaires. Le manque de coordination a été identifié comme l'une des causes probables des chevauchements inutiles, des pertes de ressources et des résultats moins que satisfaisants obtenus relativement à la santé des enfants. De ce fait, la CRSS a recommandé la création de réseaux de pédiatrie régionaux à London, Ottawa et Toronto en guise de mécanisme de coordination.

Par exemple, dans le document intitulé *Rapport sur la restructuration des services de santé de la Communauté urbaine de Toronto* (juillet 1997), la CRSS a confirmé son appui au projet de mise en place d'un nouveau réseau de santé infantile qui serait dirigé par le Hospital for Sick Children et incluerait des représentants des hôpitaux torontois offrant des services de pédiatrie et néonatals. (À l'origine, le réseau incluait seulement les hôpitaux torontois, mais il a été élargi pour inclure d'autres hôpitaux de la RGT /905). L'un des principaux objectifs de ce réseau est de développer des liens plus étroits entre les partenaires afin de faciliter l'accès à l'information sur les malades et éliminer les chevauchements et les délais occasionnés par le transfert des malades et de l'information entre les institutions.

En mars 1997, dans le cadre de son rapport intérimaire qui traitait de la restructuration des services de santé dans la Communauté urbaine de Toronto, la CRSS a également annoncé son intention de créer un groupe de travail sur les soins pédiatriques provinciaux (GTSPP).

Le mandat de ce groupe était d'évaluer les possibilités de consolidation et de coordination des programmes de prestation de services destinés à un faible nombre de cas pédiatriques nécessitant des soins tertiaires et quaternaires hautement spécialisés, tels que la chirurgie spécialisée et la transplantation.[57]. Le Dr. J. Richard Hamilton (de Montréal, Québec) s'est vu confier la présidence de ce groupe.[58] Le GTSPP a soumis son rapport à la CRSS en décembre 1997.[59] Après réception du rapport, la CRSS a entrepris de nouvelles

---

[57] Le principal objectif visé par la CRSS en recommandant des changements à la prestation des services pédiatriques spécialisés dans la province était de maintenir et d'améliorer la qualité des soins en augmentant la masse critique des programmes, principalement par la fusion de plusieurs petits programmes existants. On croyait également que pour assurer le maintien de la qualité des soins au patient et l'égalité d'accès aux enfants nécessitant des services hautement spécialisés, il fallait augmenter la collaboration entre les fournisseurs de services aux hospitalisés en pédiatrie.

[58] Professeur au département de pédiatrie de l'Université McGill, le Dr Hamilton est l'ancien Président du département de pédiatrie de l'Université McGill et est actuellement Médecin chef de l'Hôpital de Montréal pour enfants.

[59] La CRSS a créé ce groupe de travail pour aborder la consolidation et la coordination de la prestation des services reliés à un faible volume de cas pédiatriques nécessitant des soins tertiaires et quaternaires. La

analyses pour évaluer la meilleure façon d'arriver à des compromis entre l'accessibilité à des services pédiatriques particulièrement spécialisés et le haut niveau de qualité/faible risque qui découle de la masse critique/optimale.

Consciente que la proximité des soins était un important facteur à considérer dans l'établissement de tous les services, la CRSS considérait ce point particulièrement important dans le cas des services pédiatriques tertiaires et quaternaires puisque dans ce cas, non seulement l'enfant mais aussi la famille doivent souvent se déplacer. Dans son analyse des points à considérer pour déterminer le lieu d'implantation de programmes aussi spécialisés (comme la chirurgie cardiaque infantile), la CRSS a conclu que l'accès à des soins perfectionnés est plus important que l'accès à des services locaux. Les recherches ont démontré que la qualité des résultats obtenus (dans le cas des adultes ou des enfants) est directement relié au nombre de cas similaires traités. De plus, la masse critique facilite le recrutement et le maintien en poste du personnel spécialisé, le développement des habiletés dans l'exécution de procédures spécialisées et le développement de pratiques internes efficaces.

Compte tenu de la complexité de la question, le processus de révision des services pédiatriques hautement spécialisés de la CRSS s'est étalé sur plus de 18 mois. Au début du processus, la CRSS s'est conformée aux recommandations de deux comités de révision composés d'experts : le groupe de travail sur les soins pédiatriques provinciaux et le comité de révision subséquent.[60]

Le rapport final de la CRSS, qui est demeuré confidentiel jusqu'à maintenant incluant les recommandations et les avis au ministère, a été soumis en février 1999.[61]

---

décision de créer un tel groupe a été devancée après la révision par la CRSS des services de santé dans les principaux centres à travers la province incluant Thunder Bay, Sudbury, Ottawa, London et la Communauté urbaine de Toronto.

60 La CRSS en est venu à la conclusion que le mandat attribué au GTSPP n'avait pas été pleinement exécuté. Plus précisément, l'absence de conclusions relatives à la nécessité de disposer de la masse critique de services pédiatriques et d'établir une meilleure coordination, à l'échelle provinciale, des services pédiatriques hautement spécialisés s'adressant à des cas particuliers pourraient réduire l'accès à des services de première qualité et conduire à l'obtention de résultats moins que satisfaisants en matière de santé infantile. Par conséquent, la CRSS a créé un groupe de révision indépendant composé de trois médecins provenant de l'extérieur de l'Ontario pour revoir les recommandations présentées par le GTSPP. Ce groupe était chargé de revoir les questions suivantes : Le GTSPP s'est-il basé sur des critères raisonnables pour guider ses décisions? Les analyses et les conclusions du GTSPP relativement aux programmes de soins pédiatriques tertiaires et quaternaires sont-elles raisonnables et cohérentes?

61 CRSS. *Co-ordinating And Consolidating Specialized Pediatric Services In Ontario: A Confidential Report to the Minister of Health from The Health Services Restructuring Commission.* Février 1999.

Conseil ontarien de la santé des femmes

Dans son rapport final intitulé *Rapport sur la restructuration des soins de santé de la Communauté urbaine de Toronto* (juillet 1997), la CRSS a recommandé au ministère de la Santé qu'un Conseil de la santé des femmes de l'Ontario soit créé. Elle proposait que le Conseil soit établi comme une entité juridique distincte et autonome. Ce conseil augmenterait l'autorité des femmes en matière de santé et permettrait d'augmenter leur niveau de santé par l'intermédiaire de programmes d'éducation sanitaire. Il permettrait également d'identifier et de promouvoir les meilleures pratiques en matière de soins de santé et de protection de la santé des femmes. La Commission recommandait également que le Conseil de la santé des femmes de l'Ontario soit fondé sur les paramètres suivants. Le Conseil doit :

- Analyser la documentation mondiale et l'expérience nationale pour identifier et promouvoir les meilleures pratiques en ce qui a trait à la prestation des services de santé destinés aux femmes.
- Mettre en place des projets pilotes conçus pour évaluer la possibilité d'introduire des pratiques prometteuses et autres innovations dans les soins de santé destinés aux femmes.
- Parrainer et cofinancer des projets de recherche appliquée et d'éducation à la santé visant à améliorer la santé des femmes.
- Travailler en collaboration avec des groupes et des organismes, existants ou en devenir, de recherche sur la santé des femmes pour soutenir leurs activités de financement.
- Travailler avec les chercheurs dans le domaine de la santé des femmes pour que les résultats des recherches soient communiqués aux fournisseurs et aux décideurs du système de santé.
- Travailler en collaboration avec les AHSC pour promouvoir la sensibilisation aux questions relatives à la santé des femmes.
- S'assurer que l'Ontario est représentée dans les initiatives nationales et internationales visant à améliorer la santé des femmes.

Le 8 décembre 1998, la ministre de la Santé (Mme Elizabeth Witmer) et la ministre responsable des questions relatives aux femmes (Mme Dianne Cunningham) ont confirmé la création du Conseil de la santé des femmes et en ont confié la présidence à Mme Jane Pepino. Le mandat officiel du Conseil est d'*aviser la ministre de la Santé de toutes les questions relatives à la santé des femmes et de s'assurer que le système des soins de santé répond à leurs besoins*. Dans le cadre de son mandat, le conseil doit tenter de créer des associations proactives avec le gouvernement, les pédagogues, les entreprises, les chercheurs, les organismes de soins de santé et tout autre groupe communautaire.

Services en matière de cancer

En Ontario, les services spécialisés en matière de cancer et de radiothérapie sont dispensés sur une base régionale. La régionalisation des services assure la masse critique d'expertise et de patients nécessaire pour maintenir la qualité des soins et maximiser l'utilisation de biens d'équipement dispendieux. Compte tenu que les traitements journaliers de radiothérapie sont généralement répartis sur plusieurs semaines, les patients qui résident à l'extérieur des communautés où se trouvent les centres régionaux doivent voyager tous les jours ou trouver un endroit où se loger par intermittence.

L'Ontario dispose d'un centre provincial de traitement du cancer – Princess Margaret Hospital du réseau médical universitaire – et de huit centres régionaux de traitement situés dans les villes suivantes : Windsor, London, Hamilton, Toronto, Kingston, Ottawa (deux centres), Thunder Bay et Sudbury. Tous ces centres offrent des services complets de radiothérapie et de chimiothérapie et participent à la recherche dans ce domaine. En plus de ces centres, plusieurs autres hôpitaux de la province offrent des services de chimiothérapie et de chirurgie liée au cancer.

Au moment ou la CRSS a débuté ses travaux, l'Ontario avait déjà investi des sommes considérables dans l'équipement de radiothérapie (le nombre de pièces d'équipement est passé de 33 en 1989/90 à 67 en 1996/97).

Dans le but de déterminer les besoins en matière de services de traitement du cancer, surtout dans la RGT/905[62], la CRSS a évalué des rapports récents sur ce point incluant le document produit par le Cancer Care Ontario (CCO) [63]. Par exemple, le CCO avait recommandé qu'afin de répondre à l'augmentation de la demande d'ici 2005, on augmente au maximum la capacité disponible en prolongeant les heures de fonctionnement des centres existants à Toronto, et qu'on établisse des centres communautaires de lutte contre le cancer dans les villes de Peel et Durham, mais sans installation pour les traitements de radiothérapie. Les principaux facteurs pris en considération par la CRSS ont été la demande à venir, l'accessibilité et l'abordabilité.

---

62 *Linear Accelerator and Cobalt Unit Requirements and Hours of Operation Recommendations for Ontario 1998 to 2006*. Cancer Care Ontario, février 1998.

63 Plusieurs études récentes effectuées avant la création de la CRSS ont abordé le niveau des services en matière de cancer offert en Ontario. En octobre 1994, le gouvernement a annoncé que des nouvelles installations de radiothérapie seraient installées au Oshawa General Hospital de Durham (renommé Lakeridge Hospital Corporation par la suite), et à l'hôpital Credit Valley de Peel. Peu après, ce qui s'appelait à ce moment la Fondation ontarienne pour la recherche en cancérologie et le traitement du cancer (OCRTF) et des représentants des CRS et des hôpitaux ont soumis des plans de fonctionnement aux centres de traitement du cancer de Durham et de Peel. En février 1998, le Cancer Care Ontario (CCO) a publié son rapport sur les exigences en matière d'installations de radiothérapie dans la province pour les dix années à venir. Le CCO a identifié les modes d'aiguillage prévues en direction des centres potentiels de radiothérapie.

L'accessibilité aux services de traitement du cancer n'est pas comme la plupart des autres services. Bien que les calendriers de traitement sont difficiles à supporter pour tous les patients, cette réalité est particulièrement difficile à vivre dans le cas des malades soumis à la radiothérapie. Souvent, ils doivent parcourir tous les jours des distances considérables pour se rendre dans les centres régionaux pour subir leur traitement, et ce pendant des périodes prolongées. La nature de la radiothérapie est telle que le fait d'offrir aux patients l'accès à ces services à proximité de leur résidence semble un avantage certain en comparaison avec la prolongation des heures d'ouverture des centres existants éloignés. La CRSS a également reconnu que la masse optimale et l'abordabilité (par rapport au capital et aux coûts de fonctionnement) constituaient des facteurs importants et devaient être pris en considération en tenant compte de la demande à venir et de l'accessibilité aux services.

La CRSS a recommandé les points suivants :

- Que les centres additionnels de lutte contre le cancer dirigés par le CCO prévus pour les villes de Durham et Peel soient établis comme des centres offrant tous les services avec les installations nécessaires pour assurer la radiothérapie.

- Que le centre régional de lutte contre le cancer de Durham soit situé sur le site d'Oshawa appartenant à la Lakeridge Health Corporation, que celui de Peel soit situé à l'hôpital Credit Valley, et que chaque centre soit en mesure de recevoir trois équipements de radiothérapie.

- Que le ministre de la Santé accélère la planification de ces centres pour que la construction puisse débuter le plus rapidement possible, avec 2001 comme date cible pour le plein fonctionnement.

- Qu'une installation pour le traitement du cancer soit mise en place dans la région de Waterloo, à l'hôpital Grand River, et que ce projet inclut la construction de trois édifices pour répondre aux besoins selon le volume de travail anticipé à venir dans la région de Waterloo.[64] On a aussi recommandé que le CCO et l'hôpital Grand River identifient les besoins locaux en matière de services pour la lutte contre le cancer, déterminent les priorités pour les activités d'amélioration et d'extension des services dans ce domaine et éliminent les chevauchements de services.

---

64 Dans le cas du centre régional de traitement du cancer de Durham (qui sera situé au Lakeridge Health Corp.), du centre de Peel (qui sera situé à l'hôpital Credit Valley) et du centre de Waterloo, on s'attend à ce que les hôpitaux hôtes offrent une variété de services pour compléter les activités des installations régionales de traitement du cancer. Les services visés sont les services de diagnostic, comme l'imagerie, des services de soutien clinique, comme les laboratoires et des services administratifs et de soutien comme la gestion du financement, des dossiers de santé et du matériel.

- Qu'un programme fonctionnel pour la modernisation et l'agrandissement du Hamilton Regional Cancer Centre soit élaboré par le Hamilton Health Sciences Centre en collaboration avec le Cancer Care Ontario.

- Qu'un centre de lutte contre le cancer composé de trois édifices soit construit à St. Catharines (sur le site du St. Catharine's General Hospital) pour desservir la région de Niagara.

Services du domaine cardiaques

Les services cardiaques spécialisés incluent le cathétérisme diagnostique (angiographie), le cathétérisme invasif (angioplastie ou angioplastie coronarienne transluminale percutanée – ACTP), le port de stents et la chirurgie cardiaque (incluant la greffe et la chirurgie des artères). La province compte actuellement huit centres de services cardiaques complets situés dans les villes de Toronto (3), Hamilton, Ottawa, London, Kingston et Sudbury. Elle compte quatre centres additionnels qui offrent des services limités de diagnostic par cathétérisme cardiaque dans les villes de Toronto, Windsor, Thunder Bay et Sault Ste. Marie.

La planification des services cardiaques doit être entreprise en tenant compte d'un contexte large guidé par les normes et les objectifs provinciaux. Le Cardiac Care Network (CCN) de l'Ontario est un organisme consultatif dont le mandat est de conseiller le MSSLD sur la mise en œuvre d'un système de soins cardiaques à l'échelle de la province, d'analyser les facteurs d'attente pour les services chirurgicaux et d'élaborer des directives et des normes d'accès aux services et de prestation des services.

L'augmentation des services cardiaques est une question qui a été soulevée dans le cadre de la révision des communautés des zones suivantes : GRT/905, Windsor/Essex, comtés de Haliburton, Kawartha, Peterborough et Renfew, Waterloo et autres.

À l'automne 1997, le Cardiac Care Network (CCN) de l'Ontario a réuni un groupe d'experts pour établir un consensus sur les directives visant la mise en place de services de chirurgie cardiaque en Ontario. C'est à peu près dans la même période que le CCN a publié son rapport intitulé *Consensus Panel on Cardiac Surgery Services in Ontario: Final Report and Recommendations.*[65] Ce rapport a été précédé d'un autre rapport du CNN portant sur les directives pour les services de cathétérisme cardiaques.[66]

---

[65] Cardiac Care Network de l'Ontario. *Consensus Panel on Cardiac Surgery Services in Ontario: Final Report and Recommendations.* Avril 1998.

[66] Cardiac Care Network de l'Ontario. *Consensus Panel on Cardiac Catheterization Laboratory Services in Ontario: Final Report and Recommendations.* Septembre 1997.

Plusieurs des conclusions de ces rapports s'appliquaient à la prestation des services cardiaques dans la GRT/905. Ces conclusions sont les suivantes :

- Importance de prévoir suffisamment de services cardiaques dans chacune des régions de planification du MSSLD pour répondre aux besoins anticipés des résidents, en s'assurant de pouvoir maintenir les niveaux minimaux nécessaires à la qualité et à l'efficacité des services.
- Dans le but d'obtenir des résultats de qualité, il faudrait que chacune des installations de laboratoire de cathétérisme soit en mesure d'effectuer 500 cathétérismes diagnostiques, 400 cathétérismes et 400 ACTP[67] par année.
- Toujours dans le but d'obtenir des résultats de qualité, il faudrait que chacun des centres de chirurgie cardiaque effectue au moins 500 chirurgies cardiaques (nécessitant l'utilisation d'une pompe ou d'une pompe auxiliaire).
- De nouveaux centres cardiaques devraient offrir des services cardiaques diagnostiques et interventionnels, incluant la chirurgie cardiaque.
- Il faudrait maximiser la capacité des centres cardiaques actuels avant d'établir tout nouveau centre.
- Il faudrait songer à établir de nouveaux centres offrant les services de laboratoire de cathétérisme et de chirurgie cardiaque dans la région du Centre-Est.

Les communautés locales ont exercé des pressions considérables sur la CRSS pour qu'elle analyse la possibilité de recommander des services cardiaques additionnelles dans les régions du Centre et du Sud de la province. La Commission a entrepris une révision en profondeur du nombre de procédures chirurgicales additionnelles qui seraient nécessaires d'ici 2003 (basée sur la croissance de la population et sur un objectif de 100 procédures/100 000 personnes). Elle a également considéré plusieurs autres alternatives pour permettre que ces procédures soient exécutées conformément aux objectifs de qualité, d'accessibilité et d'abordabilité.

Les décisions de la CRSS ont été influencées par les résultats d'une évaluation de la capacité entreprise par le CCN et dont les détails ont été présentés dans son rapport sur les services de chirurgie cardiaques publié en avril 1998. Conformément à la recommandation du CCN à l'effet que les cathétérismes ne pouvaient être exécutés dans les hôpitaux qui n'offrent pas de chirurgie à coeur ouvert, la CRSS n'a tenu compte que des options qui permettaient la mise en place de l'ensemble des services cardiaques, incluant le cathétérisme diagnostique, l'ACTP et la chirurgie cardiaque, pour des raisons liées à la fois à la qualité et la sécurité.[68]

---

[67] L'acronyme ACTP correspond à angioplastie coronarienne transluminale percutanée, connu sous le nom d'angioplastie.

[68] La CRSS a évalué les besoins en matière de centres de services cardiaques en fonction des chirurgies cardiaques. Elle a établi que les pontages aortocoronariens (CABG) représentaient 75 pour cent de toutes les chirurgies à coeur ouvert effectuées dans un centre type de chirurgie cardiaque. Les projections relatives aux chirurgies cardiaques portent à croire que l'objectif visé de 100 CABG par tranche de 100 000 personnes, population ajustée selon l'âge et le sexe (20 ans et plus), devrait être atteint.

Les recommandations finales de la CRSS portant sur les services cardiaques dans les régions du Centre et du Sud-Ouest de la province sont les suivantes :

- La décision relative à l'endroit où seront installés les nouveaux services doit tenir compte des besoins actuels et de ceux à long terme.
- L'expansion des services dans les centres actuels de la région de Toronto ne constituerait pas une base solide pour répondre aux besoins futurs des résidents de la GRT/905. Toutefois, la CRSS a constaté que les sites actuels fonctionnaient à des niveaux élevés qui respectent les normes de qualité et d'efficacité. Le fait d'établir de nouveaux services dans d'autres installations ne risque pas de nuire au nombre de cas nécessaires à ces centres pour maintenir ces normes.
- La région de Peel (GTA/905) a été identifié comme le meilleur emplacement pour l'établissement d'un nouveau centre cardiaque qui offrirait des services cardiaques interventionnels et diagnostiques. Cette mesure permettrait aux résidents des régions adjacentes à la GRT/905 d'accéder à des services à proximité de leur résidence, d'augmenter la capacité pour les interventions de cathétérisme cardiaque, de développer une expertise réelle dans la région et d'établir une base solide pour les futurs services cardiaques dans la GRT/905.[69]
- Le besoin de mettre en place un nouveau programme dans les régions Est/Nord de la GRT/905 sera évalué lorsque le site de Peel atteindra entre 800 à 1 000 cas de chirurgie cardiaque par année.
- Le CCN et le MSSLD doivent analyser l'accès aux services cardiaques et aborder les questions relevées. Dans le cadre de ce processus, il faudrait recueillir les commentaires d'intervenants autres que les représentants habituels des centres cardiaques.
- Le système de données utilisé pour assurer le suivi de l'accès à la chirurgie cardiaque devrait inclure les services de cathétérisme cardiaque et de stimulateur cardiaque.
- Les régions du Centre et du Sud-Ouest de l'Ontario disposent de la capacité suffisante en matière de chirurgie cardiaque et de laboratoire de cathétérisme pour répondre à leurs besoins jusqu'en 2003. Par conséquent, la CRSS n'a pas recommandé l'établissement d'un centre cardiaque dans la région de Waterloo.
- Le CCN et le MSSLD doivent identifier et aborder les inquiétudes relatives aux délais et à l'accessibilité aux services cardiaques tertiaires. Le processus devrait inclure des protocoles de liste d'attente pour les cathétérismes interventionnels et diagnostiques et prendre en compte les commentaires d'intervenants autres que les représentants habituels des centres cardiaques.

---

69 Conformément aux recommandations du CRS de la région de PEEL, la CRSS a recommandé que le programme de soins cardiaques soit intégré au site Mississauga du Trillium Health Centre. Elle a également recommandé que le programme établisse une entente d'encadrement avec un programme établi de soins cardiaques académique.

- L'expansion du système actuel d'information sur la chirurgie cardiaque du CCN devrait inclure les données relatives à la cardiologie interventionnelle et aux cathétérismes diagnostiques. Ce système d'informations :
  ⇒ assurera le suivi des listes d'attente et des horaires;
  ⇒ accordera la priorité aux patients en fonction de l'urgence des cas afin d'assurer que les soins requis sont dispensés dans des délais raisonnables;
  ⇒ assurera un accès équitable aux soins.

En 2003, les centres d'Hamilton et de London atteindront leur capacité maximale. Le CCN et le MSSLD devraient commencer dès maintenant à planifier l'élaboration d'une stratégie pour les régions du Centre-Ouest et du Sud-Ouest de la province. La CRSS a recommandé que dans le cadre de la planification pour l'expansion des services, le MSSLD envisage la possibilité de mettre en place un nouveau centre cardiaque dans les régions du Centre-Ouest et du Sud-Ouest de l'Ontario plutôt que d'agrandir les centres existants à London ou Hamilton.

La CRSS s'est opposée à l'argument voulant qu'un centre cardiaque devrait être mis en place dans toutes les communautés pouvant offrir les volumes minimaux compatibles avec la qualité des soins. La planification des services tertiaires doit tenir compte de l'équilibre entre la qualité, l'accessibilité et l'abordabilité. L'expansion des services cardiaques tertiaires doit être effectuée d'une manière graduelle pour évaluer l'effet de la mise en place d'un centre pleinement opérationnel dans la région de Peel sur les modèles de reférence, les temps d'attente et la capacité des centres existants. Il faut également tenir compte des ressources humaines, incluant la disponibilité des spécialistes nécessaires dans la province.

Le ministre de la Santé a soutenu l'établissement d'un nouveau service cardiaque dans la région de Peel, au Trillium Health Centre. En décembre 1998, le ministre a également annoncé le plan du gouvernement de mettre en place des services cardiaques spécialisés à proximité des résidents de plusieurs communautés supplémentaires incluant :

- Deux nouveaux centres complets de services cardiaques (qui seront situés dans les régions de Waterloo/Wellington et les comtés de York/Simcoe) qui offriront les services de chirurgie plastique, de cathétérisme cardiaque, d'angioplastie coronaire, de stents coronaires et de simulateur cardiaque;
- Un nouveau laboratoire de cathétérisme cardiaque à Peterborough qui desservira les secteurs de Durham, Peterborough, Haliburton, Victoria et Northumberland.

Section X :

Défis juridiques

CRSS

SECTION X : DÉFIS JURIDIQUES

Dès le début, le mandat de la CRSS a soulevé la controverse. En effet, ce processus de restructuration a capté l'intérêt public et soulevé un bouclier d'opposition en réponse aux fermetures d'hôpitaux locaux envisagées. Ainsi, il n'est pas surprenant que les *Directives* de la CRSS aient eu à relever plusieurs Défis juridiques. Chacun de ces défis était différent puisqu'il était présenté par des groupes d'intérêt distincts, lesquels s'opposaient aux *Directives* pour leurs propres raisons. Toutefois, ces contestations ont permis de faire ressortir des points de mécontentement communs.

Le conseiller juridique John Laskin et ses collègues conservateurs ont fait un travail exceptionnel pour défendre la CRSS. Effectivement, la rapidité de mise en œuvre et la complexité du processus de restructuration, ainsi que son impact sur la communauté de la santé en Ontario, nécessitait l'apport de conseils juridiques péremptoires et définitifs. De plus, ces conseils devaient tenir compte des défis énormes que cette restructuration pose non seulement à la CRSS, mais également à tous les organismes participant à celle-ci. La CRSS reconnaît la contribution extraordinaire de M. Laskin au processus de restructuration. Sa sagesse et ses conseils judicieux ont été grandement appréciés.

Les paragraphes suivants constituent un résumé de chaque action entreprise en justice. Il est à noter que les dates indiquées correspondent aux dates de tombée des décisions.

Sudbury General Hospital

(Cour divisionnaire, janvier 1997)

La congrégation *Sisters of St. Joseph of Sault Ste. Marie,* laquelle possède et dirige l'hôpital Sudbury General Hospital a déposé la première contestation contre les *Directives* de la Commission. Dans ce cas, la CRSS avait émis des *Directives* liées à la restructuration et à la fusion de cet hôpital et des deux autres hôpitaux pour affections aiguës de Sudbury. La congrégation a contesté la directive qui leur enlevait la direction de leur hôpital. Pour ce faire, elle a demandé une révision judiciaire des *Directives* de la CRSS en présentant une motion pour suspendre la mise en œuvre de celles-ci jusqu'à ce qu'une décision ne soit rendue.

Cette contestation reposait sur les trois motifs suivants :

(1.) Les *Directives* émises avaient transgressé le droit de la congrégation à la liberté de religion (garanti par la Charte) en lui enlevant la direction de son hôpital, l'empêchant ainsi d'exécuter sa mission religieuse.
(2.) La congrégation n'avait pas obtenu une équité procédurale dans le processus menant à la mise en place des *Directives* parce que la CRSS ne lui a pas donné d'audience ou ne lui a pas fourni de copies des demandes formulées par les autres parties concernées.

(3.) Un des membres de la CRSS était partial parce qu'il avait déjà eu des liens avec un autre hôpital de Sudbury.

La Cour a rejeté la motion de la congrégation visant à suspendre l'application des *Directives*. Elle a statué que puisque le processus de planification pour la mise en place du nouvel hôpital était en cours et que la date de fermeture n'était pas encore déterminée, la congrégation ne subirait aucun préjudice irréparable si le processus de mise en œuvre des *Directives* se poursuivait. De plus, la Cour a déterminé que le fait d'acquiescer à la demande de suspension viendrait retarder le processus de restructuration hospitalière et, par le fait même, diminuer le fort mandat public donné à la CRSS. Selon la Cour, cette suspension toucherait non seulement la congrégation et la CRSS, mais également le grand public, lequel est un joueur important dans la restructuration du système de santé. Ainsi, la Cour a convenu que les effets néfastes qu'aurait une suspension de la restructuration sur l'intérêt public primaient sur les inconvénients de la congrégation en cas de rejet de cette contestation.

> *Dans le présent cas, le grand public serait également touché et non seulement la congrégation et la CRSS.... Il ne fait aucun doute qu'une restructuration dans la région de Sudbury est urgente.... Par ailleurs, la CRSS a reçu un mandant public très fort. Le grand public, lequel possède un intérêt financier important dans les hôpitaux de la région de Sudbury, exprime des inquiétudes quant au financement, à l'administration et aux soins hospitaliers prochains du système de santé. Ces inquiétudes sont plus importantes que ceux des requérants.*

Par ailleurs, la demande de révision judiciaire n'a jamais été remise en question. Une fois la demande de suspension rejetée, le litige a été réglé en permettant aux membres de la congrégation concernée de jouer un rôle temporaire au site du Sudbury General en attente de la mise sur pied du nouvel hôpital régional de Sudbury, c'est-à-dire, du Sudbury Regional Hospital. De plus, la Cour a convenu que cette congrégation serait responsable de gérer, conformément à leur mission catholique en matière de santé et en accord avec le comité de direction du nouvel hôpital, l'administration permanente des soins de longue durée, des soins intermédiaires et des soins palliatifs.

Hôpitaux psychiatriques de Brockville, Lakehead et London (SEFPO)

(Cour divisionnaire, avril 1997)

La série suivante de contestations mettait en cause l'autorité de la CRSS à émettre des *Directives* au sujet des hôpitaux psychiatriques. Dans trois cas précis, la CRSS avait ordonné la fermeture d'hôpitaux psychiatriques locaux et assigné les patients touchés à des hôpitaux publics situés à proximité. La CRSS avait également ordonné aux hôpitaux concernés de négocier le plan d'adaptation pour définir les ressources humaines nécessaires à cette transformation. Inquiets de l'impact de ces *Directives* sur ses membres, le syndicat des employés de chacun des hôpitaux touchés a alors demandé

l'application de révision judiciaire pour contester l'aptitude de la CRSS à émettre des *Directives* au sujet des hôpitaux psychiatriques.

La Cour a rejeté ces demandes en les jugeant inutiles. En effet, avant l'audience de celles-ci, la CRSS et le ministère ont convenu que l'autorité légale de la CRSS à émettre des *Directives* aux hôpitaux publics ne devait pas s'étendre aux hôpitaux psychiatriques provinciaux. Ainsi, dans ce cas, toute directive émise par la CRSS au sujet des hôpitaux psychiatriques devrait être considérée comme étant un conseil donné par la CRSS au ministère de la Santé, lequel agit comme gestionnaire ultime de ces établissements de santé.

Pembroke Civic Hospital

(Cour divisionnaire, juin et juillet 1997; Cour d'appel, juillet et septembre 1997)

En février 1997, la CRSS a émis des *Directives* pour ordonner la fermeture de l'hôpital non confessionnel Pembroke Civic et le transfert de ses programmes et services au Pembroke General Hospital, établissement de santé de plus grande dimension qui est possédé et géré par un ordre religieux catholique. Les dirigeants et partisans de cet hôpital ont indiqué que cette fermeture était injuste parce que le Pembroke Civic constituait le seul hôpital non confessionnel de Pembroke. De plus, cette fermeture forcerait la totalité des résidents à obtenir des soins dans des établissements catholiques.

Cette contestation reposait sur les trois motifs suivants :

(1.) La CRSS avait dépassé son autorité en évaluant des questions de principe liées au besoin continu pour des soins de santé non confessionnels en Ontario.

(2.) La CRSS avait enfreint l'équité procédurale en cachant au Civic certaines informations reliées aux demandes que lui ont adressées les autres parties visées. Ainsi, le Civic ne pouvait connaître les exigences qu'elle devait rencontrer pour satisfaire aux *Directives* émises.

(3.) Les *Directives* émises ne respectaient pas la Charte des droits, laquelle assure la liberté de religion pour les résidants non catholiques de la communauté. Les requérants ont indiqué que les principes religieux catholiques empêchaient l'hôpital Pembroke General d'offrir des services de santé essentiels, y compris les avortements et d'autres services de soins liés à la reproduction. De plus, ils ont ajouté que les non-catholiques avait le droit d'obtenir des services hospitaliers sans avoir à subir l'inconfort lié à un traitement dans un établissement catholique.

Comme dans le cas de l'hôpital de Sudbury, les requérants ont demandé la suspension des *Directives* du CRSS jusqu'à l'audience de leur requête. Au départ, la fermeture de l'hôpital était prévue avant la tenue de cette audience. Toutefois, les dates de fermeture et d'audience ont été modifiées de sorte que cette dernière puisse avoir lieu un mois avant la date de fermeture envisagée. Ainsi, la Cour a rejeté la demande de suspension en concluant que la mise en œuvre des étapes courantes (autres que la fermeture) avant l'audience ne constituait pas un préjudice irréparable pour la partie requérante.

La Cour divisionnaire a tenu l'audience pour la demande de révision judiciaire, puis a décidé de rejeter celle-ci. Dans son jugement, l'honorable juge Archie Campbell a d'abord mis l'accent sur l'ampleur de l'autorité du CRSS et sur le rôle limité de la Cour.

> *L'Assemblée législative et le gouvernement ont donné un très fort mandat à la CRSS pour restructurer le système hospitalier ontarien.*
>
> *Par ailleurs, le rôle que peut jouer la Cour dans ce cas est très limité. Elle n'a aucun pouvoir sur la définition des lois ou des politiques de restructuration, sur les bons ou mauvais choix liés à la fermeture d'hôpitaux particuliers ou sur les décisions de définir les structures de l'autorité d'un hôpital donné. La Cour n'a aucun droit d'appel sur les actions du CRSS. De plus, elle ne peut évaluer le mérite des décisions prises par cette Commission. Le rôle de la Cour se limite à déterminer si les décisions de la CRSS respectent les lois existantes.*

La Cour a rejeté chaque motif présenté par l'hôpital Civic et ses partisans. Elle a indiqué que la CRSS n'avait pas outrepassé son autorité en évaluant le rôle des soins de santé non confessionnels en Ontario. Elle a ajouté qu'en tant qu'organisme de direction doté d'un grand pouvoir discrétionnaire, la CRSS pouvait prendre en considération toute information vue comme pertinente au moment de prendre une décision. Ainsi, puisque les soins de soins de santé non confessionnels existent depuis longtemps en Ontario, la CRSS avait parfaitement le droit d'en évaluer le fonctionnement. De plus, il n'y a eu aucun manque d'équité procédurale dans ce processus d'évaluation. À titre d'organisme de direction (non pas comme forum d'opposition), la CRSS devait donner l'occasion aux hôpitaux touchés par ses décisions d'exprimer leurs opinions. Toutefois, la Commission n'était pas obligée d'adopter les procédures d'opposition inhérente à un tribunal. L'hôpital Civic connaissait les points que la CRSS allait évaluer et il a eu une opportunité d'aborder ceux-ci. Finalement, la Cour a indiqué que la CRSS n'avait pas enfreint la *Charte*. En effet, les *Directives* émises ne touchaient d'aucune façon les services d'avortement disponibles présentement à Pembroke puisque aucun médecin n'y avait effectué ce type d'intervention depuis un grand nombre d'années. En outre, contrairement aux avancées des requérants, rien ne permettait de conclure que les *Directives* de la Commission auraient également un impact sur l'accessibilité à d'autres services médicaux. Par ailleurs, la Cour a déterminé que la présence de symboles religieux catholiques à l'hôpital General ne contrevenait pas à la liberté religieuse des patients en précisant ce qui suit :

La présence de croix et de crucifix ne limite d'aucune façon les pratiques religieuses des personnes y étant exposées. En effet, ces symboles ne forcent personne à adopter ou respecter des pratiques religieuses contre leur gré.

Immédiatement après le rejet de la requête par la Cour divisionnaire, l'hôpital Civic a demandé l'autorisation d'interjeter appel. Ensuite, il a réclamé la suspension de la mise en œuvre des *Directives* en attente des résultats de l'appel puisque celles-ci prescrivaient la fermeture de l'urgence du Civic avant la date d'audition de l'appel. Dans ce cas, la Cour d'appel a accordé la demande de suspension en affirmant qu'en raison du caractère irréversible de cette décision (fermeture), il fallait offrir l'opportunité au Civic d'utiliser tous les recours judiciaires possibles. Toutefois, la Cour d'appel a ultérieurement rejeté la demande d'autorisation d'interjeter appel.

À plusieurs égards, cette décision judiciaire a été la plus importante. Elle a permis de renforcer le mandat et l'autorité de la Commission et de faire jurisprudence pour les défis juridiques à venir.

Wellesley Central Hospital (Toronto)

(Cour divisionnaire, juin et septembre 1997)

En mars 1997, la CRSS a émis un *Avis d'intention pour l'émission des Directives* au Wellesley Central Hospital pour lui indiquer qu'elle cesserait ses activités en tant qu'hôpital public et qu'elle devait remettre la propriété, l'opération, la gestion et le contrôle de ses services hospitaliers, de ses édifices et de ses biens au St. Michael's Hospital, lequel est un établissement de santé public catholique. Dans les années précédentes, l'hôpital Wellesley avait fusionné volontairement avec le Central Hospital en plus d'entretenir une association libre avec le Women's College Hospital.

Pendant que le Wellesley Central Hospital soumettait inquiétudes à la CRSS au sujet de cet avis, il faisait une demande de révision judiciaire et déposait une requête en Cour divisionnaire afin de casser cet avis et interdire à la CRSS d'émettre des *Directives* liées à celui-ci. En réponse à cette action, la CRSS a à son tour demander la cassation de cette requête en invoquant qu'elle était prématurée. La Cour a reçu cette demande, puis a rejeté la requête du Wellesley Central Hospital. Elle a conclu que la CRSS avait raison en affirmant que l'avis d'intention ne constituait pas à une décision finale et que cet hôpital avait eu l'opportunité de présenter des arguments supplémentaires à la CRSS afin d'influencer la prise de décision liée aux *Directives* à mettre en œuvre.

Après l'analyse des arguments du Wellesley Central et des autres parties concernées, la CRSS a conclu qu'aucune raison invoquée ne lui permettait de croire qu'elle devait modifier son orientation et laisser cet hôpital ouvert. Toutefois, elle a modifié l'approche énoncée dans l'avis de plusieurs façons. En juillet 1997, le CRSS a émis des *Directives* demandant au Wellesley Central d'élaborer un plan conjoint avec le St. Michael's pour définir le transfert vers ce dernier des opérations et de la gestion de ses programmes et services. De plus, ces *Directives* prévoyaient que le St. Michael's utilise les biens et bâtiments du Wellesley Central pour assurer les soins nécessaires aux patients. En outre, les *Directives* de juillet 1997 prescrivaient que le Wellesley Central devait, une fois tous les programmes transférés, soumettre un plan au ministère pour l'aliénation des terres, des bâtiments et des biens du site Wellesley.

Puisque les changements apportés aux avis n'ont pas répondu aux attentes de l'hôpital, le Wellesley Central et trois de ses patients ont déposé une demande de révision judiciaire des *Directives*. Leur demande reposait sur les sept motifs suivants :

(1) La disposition permettant à l'hôpital St. Michael's d'utiliser temporairement son site et l'obligation de soumettre un plan d'aliénation correspondait ni plus ni moins à une expropriation, ce qui dépassait le pouvoir de la CRSS.
(2) Les *Directives* étaient nulles en raison de l'ambiguïté liée au contenu du plan de transfert que les hôpitaux devaient élaborer.
(3) La CRSS avait donné trop d'importance à la mission de soins de santé de l'Église catholique.
(4) La CRSS avait violé son devoir d'assurer une équité procédurale en n'offrant pas d'audience à l'hôpital et en ne lui fournissant pas tous les documents pertinents disponibles.
(5) Le lien entre certains membres de la Commission ou du personnel de la CRSS avec d'autres hôpitaux de Toronto avait créé un doute raisonnable quant à leur partialité.
(6) La CRSS avait agit de façon inappropriée sous l'influence du MSSLD.
(7) Les *Directives* avaient enfreint les dispositions de liberté de religion, d'égalité, de liberté et de sécurité de la personne garanties par la Charte en forçant des patients atteints du virus de l'immunodéficience (VIH) ou du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) à se faire traiter dans un hôpital (St. Michael's) où l'atmosphère religieux vient en contradiction avec leur mode de vie et leurs croyances. De plus, ces *Directives* privaient les patients du Wellesley Central de certaines procédures médicales (plus particulièrement celles reliées aux services de reproduction) qui ne sont pas offertes dans les hôpitaux catholiques.

La Cour a rejeté chacun de ces arguments. Elle a confirmé que l'autorité générale de la CRSS lui conférait le pouvoir d'émettre des *Directives* dans l'intérêt public et d'exiger que l'hôpital Wellesley Central permette à l'hôpital St. Michael's d'utiliser temporairement son site. La Cour a également conclu qu'il ne s'agissait pas d'une expropriation, mais simplement d'une invitation lancée au Wellesley Central pour qu'il participe à un processus de planification pouvant aboutir au transfert de propriété volontaire de cet hôpital. De plus, elle a rejeté l'allégation que les *Directives* étaient nulles en raison de leur nature ambiguë. Elle a ajouté qu'en raison de sa vaste expérience en planification (comme tout autre hôpital public), le Wellesley Central pouvait exécuter les *Directives* de la CRSS sans l'aide d'informations détaillées. Finalement, la Cour a précisé que, le cas échéant, l'hôpital pouvait toujours consulter les *Directives* du ministère, le facilitateur chargé d'aider à la mise en œuvre des *Directives* ou la CRSS pour obtenir des informations détaillées.

Quant à l'allégation stipulant que la CRSS avait trop mis l'accent sur les intérêts de l'Église catholique, elle n'a pas été retenue puisque aucune preuve n'est venue l'appuyer. En résumé, la CRSS était parfaitement en droit d'évaluer le rôle des soins de santé non confessionnels avant d'arrêter ses décisions. De plus, selon la Cour, cette Commission n'avait en aucun temps failli à son devoir de fournir une équité procédurale à toutes les parties concernées. De plus, comme dans le cas de l'hôpital Pembroke, l'organisme de décision que représente la CRSS n'était pas obligé d'adopter les procédures d'opposition inhérentes aux tribunaux. La Cour a ajouté que dans le présent cas, l'hôpital a eu amplement la chance de présenter son point de vue, lequel a été pris en considération par la CRSS.

En ce qui concerne l'allégation de partialité probable, la Cour a conclu que l'hôpital n'avait pas démontré qu'une des décisions prises par la CRSS constituait un préjudice. De plus, la Cour a indiqué que pour servir l'intérêt public, il fallait que ce type d'organisme soit composé de personnes qualifiées et expérimentées. Ainsi, a-t-elle rajouté, il serait très difficile de trouver des personnes qui possèdent ces qualités et qui n'ont jamais été associées au domaine de la santé. Dans le présent cas, les personnes pointées par les requérants avaient démissionné de leur organisation avant de se joindre à la CRSS. En outre, la Cour a déterminé qu'aucun élément ne venait confirmer l'allégation que la CRSS avait pris des décisions dictées par le ministère.

Finalement, la Cour a rejeté, faute de preuve, les arguments des requérants au sujet d'une infraction à la Charte. Aucun fait concret n'a permis de démontrer qu'on avait forcé qui que ce soit à recevoir des traitements à l'hôpital St. Michael's. Par ailleurs, les traitements pour le virus VIH/SIDA, l'avortement ou autres services en matière de reproduction étaient disponibles dans plusieurs autres hôpitaux ou établissements de la région. La Cour a rajouté que même l'hôpital St. Michael's prodiguait des soins aux personnes atteintes du VIH ou du SIDA sans influence religieuse et sans discrimination quant à l'orientation sexuelle du patient.

Doctors Hospital (Toronto)

(Cour divisionnaire, septembre 1997)

En juillet 1997, la CRSS a émis des *Directives* au Doctors Hospital (« Doctors ») pour lui indiquer qu'il devait céder l'opération et la gestion de ses programmes et services au Toronto Hospital (TTH), hôpital d'enseignement affilié à l'Université de Toronto. En outre, ces *Directives* prescrivaient que le Doctors devait travailler de concert avec le TTH pour élaborer un plan permettant à ce dernier d'utiliser le site du Doctors jusqu'à ce que tous les programmes et services soient transférés au site Toronto Western du TTH. La CRSS a déterminé que ces *Directives* permettraient alors de renforcer l'administration des soins ambulatoires (ainsi que l'enseignement relié à ce type de soins) dans le centre-ville de Toronto.

Le Doctors s'est opposé avec vigueur à cette approche en indiquant qu'il était un hôpital de soins ambulatoires exemplaire et qu'on devait lui laisser son autonomie (plutôt que remettre sa direction au TTH), tel que l'a recommandé le conseil régional de la santé du Toronto. Cet hôpital a invoqué les arguments suivants :

- Étant liée par statut aux rapports et plans de restructuration générés par le Conseil régional de la santé, la CRSS n'avait pas l'autorité nécessaire pour mettre de l'avant une méthode de restructuration différente.
- La CRSS n'avait pas considéré l'intérêt public, tel que c'est prescrit par le statut qui le lie.
- La CRSS avait indûment donné beaucoup trop d'importance aux intérêts de l'Université de Toronto et du TTH.
- La CRSS avait indûment délégué de ses pouvoirs en demandant au président et au doyen de la faculté de médecine de l'Université de Toronto de tenter de faciliter l'élaboration d'une entente entre le Doctors et le TTH.
- Il existait un doute raisonnable de partialité en raison de la participation active du président et du doyen de la faculté de médecine de l'Université, lesquels sont membres du conseil d'administration du TTH. De plus, le docteur Sinclair, président de la CRSS, avait donné un discours en faveur des hôpitaux d'enseignement.
- L'effet des *Directives* correspondait à une expropriation de l'hôpital et que la CRSS n'avait aucun pouvoir pour ordonner une telle action.
- Les *Directives* étaient nulles en raison de leur ambiguïté, c'est-à-dire qu'elles n'indiquaient pas clairement quelles étapes l'hôpital devait suivre pour exécuter cette opération.
- La CRSS avait enfreint son devoir d'équité en n'indiquant pas à l'hôpital les étapes à exécuter, en ne lui donnant pas d'information au sujet des éléments motivant sa décision et en ne tenant pas d'audiences publiques.

La Cour a rejeté la demande. Elle a indiqué que la CRSS avait respecté le plan du Conseil régional de la santé. Puis elle a ajouté que ce plan ne liait d'aucune façon la CRSS, laquelle pouvait modifier celui-ci à sa guise afin qu'il réponde aux besoins de la population. Quant aux allégations indiquant que la CSSR n'avait pas considéré l'intérêt public dans sa prise décision prise, la Cour a indiqué que d'après les rapports élaborés par la CRSS, la Commission avait clairement respecté le concept général relié à la défense de l'intérêt public.

La Cour a rejeté l'argument alléguant que la CRSS avait outrepassé sa compétence en considérant les points de vue de l'Université. La Cour a indiqué que dans l'exercice de son mandat, la CRSS avait le droit d'évaluer tout point qu'elle considérait pertinent. De plus, le discours du docteur Sinclair ne permettait pas de conclure qu'il y avait une crainte raisonnable de partialité. La Cour a souligné que ce discours n'a fait que présenter l'une des visions de soins de santé soumises à la CRSS. Il n'a en aucun temps laisser présager que la Commission avait déjà arrêté sa décision.

La disposition prescrivant l'utilisation temporaire du site de l'hôpital Doctors (laquelle a été confirmée par la Cour) a été déterminée conformément au pouvoir général de la CRSS, lequel lui confère le droit d'émettre des *Directives* aux hôpitaux dans l'intérêt public. De plus, selon la Cour, les *Directives* données dans ce cas n'étaient aucunement vagues ou ambiguës. Le Doctors n'a fait aucune tentative pour élaborer un plan permettant de mettre les *Directives* en œuvre. Cet hôpital a plutôt simplement décidé de ne pas rédiger ce plan et de se tourner ver la Cour. Par ailleurs, la Cour a indiqué qu'en raison de la complexité du projet, il était préférable de laisser l'hôpital Doctors définir le meilleur plan possible pour assurer un transfert réussi des opérations au TTH plutôt que d'imposer un plan détaillé conçu par la CRSS.

Finalement, la Cour a déterminé que les allégations de non-respect du devoir d'équité était non fondées. De plus, elle a souligné que la CRSS avait respecté ses obligations d'équité (comme dans la cause du Pembroke) en donnant à l'hôpital Doctors l'opportunité d'exprimer ses visions avant que les *Directives* ne soient émises.

<u>Hôtel Dieu Hospital (Kingston)</u>

(Cour divisionnaire, octobre 1998; Cour d'appel, Cour suprême du Canada, février 2000)

Comme le Sudbury General Hospital, l'hôpital Hôtel Dieu Hospital (HDH), situé dans le centre-ville de Kingston, est géré par un ordre catholique religieux, les Religieuses hospitalières de Saint-Joseph (« les Sœurs »). Avant que la CRSS n'amorce ses travaux à Kingston, le HDH avait déjà participé à une restructuration volontaire de l'hôpital. Cette opération avait entraîné le transfert de ses services aux hospitalisés vers le Kingston General Hospital (KGH) (hôpital de plus grande dimension situé à distance de marche du HDH). Par ailleurs, ce transfert a fait en sorte que le KGH est devenu principalement un hôpital assurant des soins ambulatoires.

En juin 1998, la CRSS a émis des *Directives* aux hôpitaux de Kingston. Celles-ci demandaient le regroupement de tous les services hospitaliers à deux sites particuliers : le site du KGH et le site du Kingston Psychiatric Hospital (KPH), à l'ouest du cœur du centre-ville, où un nouvel hôpital d'enseignement (y compris un centre de soins ambulatoires) devait être construit. Les *Directives* prévoyaient également l'unification de la gestion des services pour affections aiguës sous la direction du conseil d'administration du KGH. Ainsi, le HDH devait céder l'opération et la gestion de ses programmes et services au KGH. Toutefois, les *Directives* ont également prévu que les Sœurs assureraient un rôle permanent relié aux soins pour affections aiguës dans le secteur de Kingston. Ces *Directives* ont également enjoint le KGH de modifier ses règlements internes pour permettre aux Sœurs de siéger à son conseil d'administration. De plus, la CRSS a ordonné au KGH d'accorder aux Sœurs une fonction similaire à celle octroyer par les propriétaires du Catholic hospital de Sudbury, c'est-à-dire, de leur permettre de diriger et gérer temporairement les programmes et les services au site du HDH (en attente de leur transfert) et de gérer le nouveau centre de soins ambulatoires (au site du KPH) de façon permanente.

Les Sœurs se sont objectées aux *Directives* de la CRSS et ont présenté une demande de révision judiciaire. Elles ont allégué, dans un premier temps, que puisque l'utilisation proposée pour le site du KPH demandait une importante planification municipale, il n'était pas certain que le site serait disponible au moment opportun. Par conséquent, elles ont indiqué qu'il était illogique de leur demander de céder l'opération et la gestion des programmes et des services au site du HDH avant d'être absolument certain que le site soit disponible. Deuxièmement, elles ont fait valoir que la CRSS avait agi illégalement en ne tenant pas compte des énoncés de politique provinciale prescrits par la *Loi sur l'aménagement du territoire* et du plan officiel de la ville de Kingston. Troisièmement, elles ont avancé que les *Directives* violaient leur droit à la liberté religieuse (garanti par la Charte) en les empêchant de réaliser leur mission religieuse (être au service des malades et des pauvres) dans le centre-ville de Kingston.

La Cour divisionnaire a rejeté cette demande en indiquant que les *Directives* n'étaient pas déraisonnables. Elle a indiqué que même s'il peut survenir des difficultés pendant la phase de mise en œuvre des *Directives*, le fait d'exiger de la CRSS qu'elle solutionne tous les problèmes potentiels de cette phase avant d'émettre les *Directives* pouvait se traduire par un immobilisme non désiré du processus de restructuration. Puis, la Cour a ajouté qu'en cas de difficultés, la CRSS pourrait toujours exercer ses pouvoirs en amendant ou en annulant une directive. Deuxièmement, la Cour a confirmé que le mandat de la CRSS lui donnait l'autorité de résoudre les questions de planification municipale. Par conséquent, la CRSS n'était aucunement liée par les énoncés de politique provinciale ou les plans municipaux officiels. De plus, la Cour a déterminé que les éléments qui lui ont été présentés permettaient de conclure que la CRSS avaient de toute façon respecter l'esprit de ces énoncés et de ces plans. Finalement, la Cour a conclu en indiquant qu'elle n'avait décelé aucune infraction au droit à la liberté de religion. De plus, les *Directives* n'empêchaient d'aucune façon les Sœurs de poursuivre leur mission religieuse, sauf pour la gestion d'un hôpital public avec des fonds publics. La Cour suprême avait déjà

déterminé de façon claire et précise que le concept de liberté religieuse ne donnait pas le droit d'utiliser des fonds publics ou autre soutien de l'état pour appuyer des activités religieuses.

Les Sœurs ont alors interjeté appel pour contester la décision de la Cour divisionnaire. Cet appel a été débouté. En effet, la Cour d'appel a confirmé le jugement du tribunal de première instance en indiquant que la CRSS n'avait pas l'autorité pour traiter de questions de planification municipale et que, par le fait même, elle n'était aucunement liée par les énoncés politiques provinciaux ou les plans municipaux officiels. Pour cette raison, la Cour n'avait pas à perdre du temps à déterminer si la CRSS avait ou non respecter ces énoncés ou plans. Dans le même ordre d'idées, la Cour a ajouté que puisque les questions de planification municipales n'étaient pas du ressort de la CRSS, il était clair que toute difficulté reliée à la planification ne pouvait rendre les *Directives* déraisonnables.

Quant à l'allégation des Sœurs reliée à une infraction quelconque à la liberté de religion, la Cour y a vu simplement une protestation aux effets réels des *Directives*, c'est-à-dire la fin du financement public du HDH. De plus, la Cour a indiqué que la position des Soeurs à l'effet que le soutien de longue date de la population vis-à-vis leur hôpital leur donnait un droit (garanti par la Charte) de continuer à recevoir cet appui en raison de l'histoire religieux de cet établissement était sans fondement juridique. La Cour a déclaré ce qui suit : « Le grand principe de liberté de religion ne garanti pas l'utilisation de fonds publics pour le fonctionnement des hôpitaux publics confessionnels ».

Les Sœurs ont alors soumis leur cause en Cour suprême du Canada pour interjeter appel sur la question de liberté de religion. En février 2000, la Cour suprême a rejeté cette demande.

Hôpital Montfort (Ottawa)

(Cour divisionnaire, novembre 1999)

La langue de travail principale de l'Hôpital de Monfort est le français. La majeure partie de ses patients sont francophones. De plus, cet hôpital fournit un milieu de langue française pour l'enseignement et la formation des professionnels de la santé.

En février 1997, la CRSS a émis un rapport et des *Avis d'intention pour l'émission de Directives* à l'Hôpital Montfort pour lui indiquer qu'il cesserait ses activités et qu'il serait regroupé avec trois autres établissements de santé d'Ottawa. Les informations que possédait alors la Commission lui permettaient de conclure que les *Directives* proposées garantiraient l'accès à des services de santé et à un milieu d'enseignement francophones pour la population. Ces *Directives* prévoyaient qu'à la suite de cette fermeture, les programmes et services de soins pour affections aiguës de l'Hôpital Montfort seraient assurés par le nouvel établissement issu de la fusion. Ainsi, ces services viendraient s'ajouter aux services francophones déjà offerts à l'Hôpital général d'Ottawa.

La fermeture proposée de l'Hôpital Montfort a généré une forte réaction. Après évaluation des arguments reçus et consultations et analyse supplémentaires, la CRSS a émis de nouvelles *Directives* en août 1997. Celles-ci stipulaient que l'Hôpital Montfort devait rester ouvert, conserver son pouvoir de direction et continuer à fournir des services à la population et un milieu d'enseignement francophones. La CRSS a déterminé toutefois qu'une restructuration des services offerts au Montfort était nécessaire. Par exemple, l'hôpital devrait fournir des soins ambulatoires, un service de chirurgie de jour, un centre de soins d'urgence ouvert en tout temps et une unité de 66 lits pour les traitements obstétriques à faible risque, ainsi que pour les soins psychiatriques à court et à long terme. La CRSS a prescrit le transfert de programmes supplémentaires vers d'autres hôpitaux, lesquels devraient fournir des soins de santé en français, conformément à la *Loi sur les services en français*. En juillet 1998, le CRSS a émis d'autres *Directives*, lesquelles prescrivaient l'ajout de 22 lits de soins intermédiaires (en plus de ceux ajoutés en août 1997) au Montfort. La CRSS était persuadé que ces *Directives* pourraient maintenir et améliorer les services offerts à la communauté francophone et que, dans cette nouvelle configuration, l'hôpital Montfort continuerait de fournir un milieu francophone pour la formation des professionnels de la santé.

Le Montfort a soumis une demande de révision judiciaire pour annuler les *Directives*. En appui à leur demande, il a invoqué les quatre motifs suivants :

(1.) Les *Directives* violaient les droits d'équité garantis par la Charte en ayant un effet discriminatoire sur les Franco-Ontariens. Ces effets, selon les membres du Montfort, priveraient cette communauté non seulement de soins pour affections aiguës et d'une formation en français, mais également d'un établissement essentiel pour la survie de ce groupe linguistique.

(2.) Même si elles n'enfreignaient pas la Charte, les *Directives* violaient, en raison de leur impact sur la communauté franco-ontarienne, le principe implicite de la Constitution qui exige le respect des minorités.

(3.) L'émission des *Directives* de la CRSS avait tenu compte d'une réaction négative possible de la communauté anglophone. Ce faisant, la CRSS avait outrepassé sa juridiction en utilisant des faits non pertinents pour arrêter sa décision.

(4.) Les *Directives* étaient manifestement déraisonnables. Pour appuyer cette allégation, l'hôpital Montfort a indiqué qu'il était irrationnel de penser que les *Directives* pourraient assurer la fourniture de services et d'un milieu d'enseignement francophones adéquats puisque les autres hôpitaux bilingues désignés dans les *Directives* avaient été incapables d'assumer cette tâche par le passé.

La demande de Montfort a été entendue par une Commission bilingue de la Cour divisionnaire, en juin 1999. La Cour a fait connaître sa décision en novembre 1999.

Premièrement, elle a rejeté l'allégation d'infraction à la Charte. Par contre, elle a accueilli l'argument de la CRSS indiquant que les droits de langue officielle des minorités prescrit dans la Charte ne garantissait aucun droit précis pour l'offre de services de santé ou d'enseignement pour les francophones. De plus, elle a ajouté que les droits d'équité prescrits dans la Charte ne pouvaient servir à augmenter la portée des droits langagiers spécifiques qui sont également définis dans cette Charte. La Cour a également déterminé que la définition des *Directives* n'était aucunement reliée à une motion provoquée par un mécontentement de la communauté anglophone et qu'elles n'étaient pas déraisonnables. Elle a souligné que la CRSS possédait un mandat très large et que les recours de révision judiciaire pour contester ses décisions étaient limités. La Cour a déterminé que la Commission avait agi conformément aux informations et documents qui lui ont été soumis et qu'elle a appliqué sa politique afin d'assurer que la communauté obtiendrait des soins de santé de qualité, abordables et accessibles.

Toutefois, la Cour a retenu l'argument alléguant que les *Directives* violaient le principe implicite constitutionnel relié à la protection des minorités. Elle a ajouté que ce principe était un des principaux principes d'organisation de la Constitution. De plus, elle a affirmé que les actions gouvernementales devaient respecter ce principe et que, dans le cas contraire, les tribunaux devaient intervenir. En déterminant que les *Directives* violaient ce principe, la Cour a conclu que l'hôpital Montfort était un symbole relié à la culture de la minorité francophone. Elle a indiqué que la CRSS avait reconnu l'importance de maintenir des services et un enseignement médicaux en langue française et qu'elle avait fait un effort réel en ce sens. Toutefois, la Cour a indiqué que la CRSS avait évalué ce facteur en ne considérant que l'aspect relié à la fourniture de services bilingues et non à celui associé au besoin d'offrir des établissements francophones homogènes. De plus, la Cour a affirmé que la CRSS devait, conformément à la Constitution, considérer et s'assurer que le rôle d'établissement francophone de l'hôpital Montfort soit effectif et qu'elle tient compte de la question plus large reliée à la protection et au respect des droits de la minorité culturelle francophone. La Cour a conclu que les changements prévus à l'Hôpital Montfort par les *Directives* auraient un impact négatif important sur la vitalité continu de la langue et de la culture de la communauté franco-ontarienne. Ainsi, elle a cassé les *Directives*, puis elle a enjoint la CRSS à revoir les modalités de restructuration de l'Hôpital Montfort et à soumettre ces nouvelles modifications au ministre de la Santé pour approbation.

En mars 2000, la Cour d'appel de l'Ontario a reçu la motion de la CRSS qui demandait la permission d'interjeter appel de cette décision. Le procureur général de l'Ontario est en cours d'évaluation de cette demande.

Douglas Memorial Hospital (Fort Erie)

(Cour supérieure, novembre 1999)

Le Douglas Memorial est un hôpital rural public situé à Fort Erie, dans Niagara Region. En mars 1999, la CRSS a émis des *Directives* exigeant que cet hôpital fusionne avec huit

autres hôpitaux de la région pour former le système de santé de Niagara (*Niagara Health Care System*). Pour assurer que les préoccupations des plus petites communautés de la région seraient entendues dans le processus décisionnel, ces *Directives* ont également prévu que le nouvel hôpital (issu de la fusion) établisse des comités permanents avec les autres hôpitaux ruraux de Fort Erie et des autres communautés. Il y est prescrit que toute décision associée à l'élimination des services aux hospitalisés ou les services d'urgence nécessite l'aval du comité permanent concerné. Toutefois, cette approbation ne doit pas être retenue indûment.

En juin 1997, le MSSLD a publié le document définissant le cadre de travail des soins de santé pour les régions rurales ou du Nord (*Rural and Northern Health Care Framework*). Ce document présente la politique ministérielle pour les services de santé associés aux hôpitaux situés en régions rurales ou du Nord. La CRSS a consulté ce cadre de travail afin de définir sa propre approche de restructuration pour ces régions. Cette approche a prescrit aux hôpitaux de ces régions de se regrouper et de se rapporter à la CRSS selon les services ou les liens organisationnels et cliniques définis. La CRSS n'a pas appliqué les éléments de direction aux hôpitaux situés en milieu rural ou du Nord (ou dans les autres parties de la province) pour lesquels il avait déjà commencé sa révision et pour lesquels le conseil régional de la santé avait terminé son évaluation de restructuration. Dans ce cas, la CRSS a plutôt terminé son examen des arrangements d'exercice de l'autorité possibles pour ces hôpitaux, puis a émis des *Directives* en tenant compte des éléments du cadre de travail.

Le Douglas Memorial, défini comme hôpital rural, a indiqué à la CRSS que, conformément au cadre de travail défini, il serait parfaitement justifié de continuer à gérer son établissement. Après l'émission des *Directives*, cet hôpital a demandé une révision judiciaire en contestant des éléments de celles-ci qui touchent la fusion des hôpitaux. Il a fait valoir que la CRSS devait respecter la cadre de travail défini, lequel prescrit que les hôpitaux ruraux ont le pouvoir de déterminer leurs propres arrangements de gestion. De plus, il a ajouté que les *Directives* étaient discriminatoires parce qu'elles n'avaient pas donné un traitement équitable au Douglas Memorial comparativement aux autres hôpitaux ruraux (la CRSS n'a émis aucune *Directives* de gestion à ces autres hôpitaux).

En raison de l'impact de cette demande sur le processus de restructuration dans Niagara Region, la Cour a conclu qu'elle serait entendu le plus rapidement possible par un juge de la Cour supérieure. Ce tribunal a finalement rejeté la demande. Il a conclu qu'aucun élément du cadre de travail n'interdisait à la CRSS d'émettre des *Directives* de gestion aux hôpitaux ruraux ou ne limitait son mandat de restructuration des hôpitaux dans l'intérêt public. La Cour a précisé que de toute façon, la CRSS n'était pas liée par le cadre de travail. À l'émission des *Directives*, la CRSS possédaient un mandat très large pour procéder à la restructuration provinciale des hôpitaux dans l'intérêt public. Le cadre de travail ne constituait pas un règlement ou ne venait pas amender les pouvoirs légaux accorder à la CRSS. La Cour a également rejeté l'argument stipulant que la CRSS avait agi de façon arbitraire ou discriminatoire. Elle a souligné que la CRSS était parfaitement en droit de prendre des décisions pour chaque hôpital individuel et ce, en respectant

l'intérêt public. De plus, la Cour a soumis que dans le cas de l'hôpital Douglas Memorial, la Commission avait pris sa décision de bonne foi, en accord avec l'intérêt public et sans motif illégitime.

La Cour a résumé sa décision de la façon suivante :

> *La Commission a décidé de remplacer le conseil d'administration du Douglas Memorial par un comité permanent faisant partie d'un corps administratif plus important. La Commission a pris cette décision de bonne foi et dans l'exercice de son mandat. Cette décision n'est aucunement discriminatoire. La Commission n'est pas liée par le cadre de travail et la décision finale lui appartient. Après analyse du dossier, la Cour conclue que le cadre de travail ne lie pas le pouvoir décisionnel de la Commission.*

Le Douglas Memorial a présenté une motion pour obtenir une autorisation d'interjeter appel à la Cour d'appel de l'Ontario. Cette motion a été rejetée en janvier 2000.

Section XI :

Changement du paysage hospitalier

Supervision de l'orientation et de la restructuration de la CRSS

Préoccupations générales de mise en oeuvre

Préoccupations de mise en oeuvre propres aux communautés

CRSS

SECTION XI : CHANGEMENT DU PAYSAGE HOSPITALIER

Même s'il reste encore beaucoup à faire avant de compléter la mise en œuvre des *Directives* de la CRSS, le paysage hospitalier de l'Ontario sera différent lorsque tous les éléments de restructuration auront été mis en place. Au total, 22 communautés ont reçu des *Directives* (voir la figure X1-1). Voici certaines caractéristiques qui formeront le nouvel environnement de santé lorsque les *Directives* émises et les recommandations faites au ministère seront en vigueur :

- Fusion d'un certain nombre d'hôpitaux pour former de nouvelles organisations moins nombreuses, mais plus importantes.
- Fermeture de 31 hôpitaux publics, ainsi que de six hôpitaux privés et de six hôpitaux psychiatriques provinciaux.
- Prise en charge de quatre hôpitaux par des associations d'autres hôpitaux.
- Création de dix comités conjoints pour fournir un exercice de l'autorité partagé à des organisations multiples.
- Création de 18 réseaux d'hôpitaux des régions rurales ou du Nord.
- Établissement d'une variété de réseaux régionaux et provinciaux (y compris des réseaux de centre médico-social infantile à Ottawa, Toronto et London, ainsi que des réseaux de centre de réhabilitation et de services hospitaliers en français dans la région d'Ottawa).

Il est prévu que la mise en application de toutes ces réformes (en plus des réinvestissements prescrits par la CRSS pour appuyer celles-ci) aura les effets suivants :

- Élimination des lits d'hôpital excédentaires.
- Meilleure utilisation des biens d'infrastructure.
- Rationalisation des programmes et des services hospitaliers.
- Création d'organisations à établissements multiples dotées d'une structure d'autorité unique.
- Meilleur équilibre entre les soins en établissements et les soins communautaires.
- Accroissement de la capacité des hôpitaux par une amélioration d'efficacité et une augmentation des ressources, des capacités de salle d'urgence et des services ambulatoires.
- Expansion des soins de santé à domicile et de longue durée, permettant ainsi aux hôpitaux de se concentrer sur les besoins des patients requérant des soins urgents pour affections aiguës.
- Intégration d'une approche basée sur les besoins de la population[70] en élaborant des lignes directrices de planification pour un réinvestissement.

---

[70] Il s'agit de méthodes qui prennent en considération les caractéristiques d'âge et de sexe de la population.

- Ajout de ressources et d'argent.
- Identification des besoins de données et des limites courantes.
- Concentration des nouveaux réseaux sur la mise en place d'une meilleure continuité dans l'administration des soins de santé.
- Élaboration de nouveaux outils de financement et mécanismes pour appuyer le développement futur du système de santé.

Figure XI-1 : Directives de la CRSS émises pour les communautés

Comté/communautés	**Date d'émission de *Directives* finales**
Comté de Brant	20 mai 1998
Comté d'Essex (Windsor)	12 février 1998
Frontenac, Lennox & Addington (Kingston, Napanee)	23 juin 1998
Grand Toronto/905 (Durham, Halton, Peel, York)	27 avril 1998
Haliburton, Kawartha, Pine Ridge (Peterborough, Lindsay, Port Hope, Cobourg)	19 juin 1998
Hamilton-Wentworth	20 mai 1998
Hastings, Prince Edward (Belleville, Trenton, Picton, Bancroft)	30 avril 1998
Comté de Kent	11 février 1998
Comté de Lambton (Sarnia, Petrolia)	1er octobre 1997
Leeds et Grenville (Brockville)	4 février 1998
London	16 juin 1997
Communauté urbaine de Toronto	23 juillet 1997
Niagara Region	9 mars 1999
North Bay	11 mars 1999
Ottawa-Carleton	13 août 1997
Parry Sound	7 décembre 1998
Comté de Renfrew (Pembroke)	25 février 1997
Sault Ste. Marie	10 mars 1999
Stormont, Dundas, Glengarry, Prescott-Russell (Cornwall)	10 août 1998
Sudbury	16 décembre 1996
Thunder Bay	4 octobre 1996
Waterloo Region (Kitchener, Waterloo, Cambridge)	août 1998

La CRSS a fait les observations suivantes au sujet du changement du paysage hospitalier :

Partout en province, il existe un grand nombre de personnes bien informées qui reconnaissent le besoin d'apporter des modifications au système de santé, même si cette opération entraîne la prise de décisions difficiles.

La reconnaissance reliée à la prise de décisions urgentes n'a pas empêché certaines personnes ou groupes de critiquer l'agenda de la CRSS. Même si la majorité des fournisseurs de soins de santé, des consommateurs et des administrateurs d'établissements hospitaliers acceptent qu'il est possible d'améliorer le milieu de la santé en procédant à une restructuration du système hospitalier, un grand nombre de personnes se sont opposées à la fermeture d'hôpitaux qui les touchent directement (travail ou utilisation).

Une multitude de communautés souhaitent la mise en place de changements qui leur permettront de mieux affronter les défis à venir. Toutefois, puisque les gens sont habituellement réticents au changement, la période de transition nécessaire est souvent difficile et longue.

Par ailleurs, le secteur privé a bien reçu la plupart des *Directives* mises de l'avant par la CRSS. Par exemple, dans les communautés évaluées par la Commission, plusieurs personnes ont indiqué qu'elles étaient d'accord avec l'approche et les décisions mises en œuvre par la CRSS. Toutefois, ce soutien public s'est souvent manifesté en coulisse. Dans certains cas, l'appui s'est même transformé en opposition sous la pression des institutions désirant protéger leur « territoire ».

Le concept de protection du « territoire » continue de prévaloir dans le système de santé.

Bien que le débat sur la restructuration ait porté principalement sur l'accessibilité aux soins ainsi que sur la quantité et la qualité des services offerts, il a souvent été question de sujets comme l'identification des personnes et des emplacements chargés de fournir ces services. Au lieu d'évaluer les services en donnant la priorité au bien-être des patients, certaines personnes ont adopté une approche étroite en faisant passer les intérêts d'institutions ou de population particulière en premier.

Les personnes ou groupes qui ont invoqué des arguments reliés à la protection de territoire et à la détermination des personnes responsables ont indiqué que leur but premier était de s'assurer que certains groupes de citoyens recevraient des soins adéquats. Les intérêts personnels reliés à la protection du territoire ont également fait surface dans un grand nombre de demandes écrites soumises à la CRSS ainsi que pendant des débats publics lancés par certains établissements. En réalité, un grand nombre de débats ont été alimentés soit par la réticence de certaines personnes à abandonner leur pouvoir, soit par d'autres personnes qui désirent en obtenir.

La restructuration vient bousculer les méthodes de fonctionnement courantes du système de santé ou du gouvernement

Une restructuration exige la prise d'action décisive et une modification d'approche par le gouvernement provincial et le système de santé en général. Une opération de restructuration ne correspond pas à une simple compression des coûts. Elle demande une refonte du système de santé afin de lui permettre de répondre aux besoins présents et futurs des usagers. De plus, ce type de refonte permet d'utiliser plus judicieusement les ressources afin de préserver et augmenter les services offerts aux patients. Les changements démographiques, la nouvelle technologie et le vieillissement des édifices et de l'équipement sont des exemples de facteurs qui entraînent la nécessité d'effectuer une restructuration et de trouver de nouvelles solutions. De plus, une restructuration demande que les personnes, le gouvernement et les organisations offrant des soins de santé changent leur attitude, soient ouverts aux nouvelles approches et alliances, de même qu'ils s'adaptent aux différentes circonstances.

Certains hôpitaux ont décidé de relever le défi de la restructuration, d'autres pas.

En effet, certains hôpitaux se sont opposés à tout changement et ont tenté de maintenir le statut quo au lieu de profiter de l'occasion offerte pour établir de nouveaux partenariats, ainsi que de nouvelles stratégies et alliances.

Il est nécessaire de rééquilibrer les services de santé en réinvestissant dans les services communautaires, tels que les soins à domicile et les soins de longue durée.

La restructuration effectuée par la CRSS a eu les effets suivants :

- Ajout d'environ 17 000 nouveaux lits de soins de longue durée dans les maisons de santé ou centres pour personnes âgées (d'ici à l'an 2003).
- Amélioration de la capacité des salles d'urgence pour augmenter le nombre de patients traités de 19 pour cent (augmentation atteinte en 2003 comparativement au pourcentage en 1995).
- Réinvestissement d'environ 2 milliards de dollars assigné à la rénovation pour permettre la mise à jour et la modernisation des installations hospitalières restructurées en Ontario.

Il est à noter que des délais dans l'obtention des fonds de réinvestissement ont déjà affecté une partie de la restructuration. Par ailleurs, tout retard supplémentaire pourrait miner l'effort global de restructuration.

Les données et l'information nécessaires pour déterminer les niveaux de services de santé offerts sont pratiquement inexistantes.

La restructuration a été élaborée à l'aide de modèles de référence fiables parce que les données d'hôpitaux disponibles (même si elles sont principalement reliées aux personnes hospitalisées) sont de loin les plus précises du soi-disant. Toutefois, il existe plusieurs lacunes, variations et doutes quant à la précision des données inhérentes aux autres secteurs du système de santé (c'est-à-dire, les soins ambulatoires, les soins à domicile, les soins médicaux de longue durée en centre hospitalier, les soins de réhabilitation, ainsi que les soins de santé mentale).

Les éléments suivants présentent particulièrement en carence :

- Un système de classification et des normes de données associées aux soins des patients hospitalisés, aux soins ambulatoires et aux soins à domicile dans tous les secteurs.
- Une méthode ou un mécanisme pour normaliser la collecte et l'analyse des données.
- Des données au sujet de l'utilisation des services.
- Des données au sujet des résultats.
- Des données et des mécanismes de soutien qui permettent d'établir un lien entre les établissements fournissant des soins pour les personnes hospitalisées, des soins ambulatoires et des soins à domicile.
- Des données et des mécanismes qui permettent de faciliter l'intégration des secteurs de service (c'est-à-dire, les secteurs de soins pour affections aiguës, de soins de réhabilitation et de soins de longue durée).

Par conséquent, la CRSS a dépensé beaucoup de temps et d'énergie à élaborer des lignes directrices et des modèles de référence pour guider le réattribution de l'investissement dans d'autres secteurs du système de santé. Ces informations permettent d'appuyer les modifications reliées au secteur des soins pour affections aiguës.

Il est de plus en plus évident qu'il faut compter sur un leadership de qualité pour assurer la planification et la mise en service des changements futurs apportés au système de santé.

En général, les services de santé de l'Ontario fonctionnent bien. Toutefois, il est faut maintenant modifier l'approche verticale en vigueur pendant la première décennie du régime d'assurance-maladie. Un des éléments moteurs pour assurer la création d'un véritable système de santé correspond à l'exercice d'un leadership (autorité du système) de la part du MSSLD.

Plutôt que d'adopter des solutions ou des stratégies à court terme (lesquels durent pendant quatre ans, soit le temps d'un mandat du gouvernement) il faut mettre en place des approches aboutissant sur des changements durables. Il est primordial d'effectuer des changements en profondeur aux niveaux de l'organisation et des attitudes des personnes touchées. Le MSSLD doit jouer un rôle de direction clé, c'est-à-dire qu'il doit gérer avec leadership le système de santé de la province, lequel est en constante mutation.

La mise en place des changements nécessite plus que quatre (un seul mandat gouvernemental).

Un nombre important de groupes intéressés croît qu'il est nécessaire d'avoir recours à un organisme de prestige (comme la CRSS), doté de responsabilités bien définies et d'un mandat supérieur à quatre ans, pour assumer la direction de secteurs particuliers du système de santé. Par exemple, ce groupe pourrait chapeauter l'activité de restructuration à tous les niveaux et ce, avec l'autorité de tenir d'autres composants du système responsables et redevables de leurs actions à l'intérieur du processus commun de mise en œuvre des changements. De plus, cet organisme pourrait faire progresser la mise en œuvre d'une réforme des soins de santé primaires ou de toutes autres réformes nécessaires pour garantir l'évolution constante du système de santé. Pour obtenir plus d'informations à ce sujet, se reporter à la section XII.

Supervision de l'orientation et de la restructuration de la CRSS

La CRSS a émis les *Directives* d'orientation finales aux hôpitaux le 12 mars 1999. Au début du mois d'avril 1999, cette Commission a lancé une opération visant à évaluer l'état de la mise en œuvre des *Directives* dans les communautés touchées. Les objectifs de cette opération étaient les suivants :

1. **Identifier les éléments qui ralentissaient la mise en œuvre des *Directives* de la CRSS.**

2. **Identifier les communautés qui participaient volontairement au processus de mise en œuvre et qui avaient besoin d'aide pour accélérer ce processus.**

3. **Jeter les bases de discussions avec le MSSLD pour définir les rôles et responsabilités futures de la CRSS et du MSSLD concernant la supervision continue des activités de restructuration liées à la mise en œuvre des *Directives* de la CRSS pendant le reste du mandat de cette Commission.**

La CRSS a indiqué dès le départ que la mise en œuvre de la restructuration incombait aux fournisseurs de soins locaux. Avec cette délégation de pouvoir aux responsables des services, il allait de soi qu'il fallait établir un processus de supervision, de coordination et, dans certains cas, de résolution des conflits au niveau local.

Dès 1996, la CRSS a approché le MSSLD afin de définir, conformément aux *Directives* de la CRSS, les processus et mécanismes nécessaires pour assurer la supervision de la mise en œuvre de ces *Directives*. En octobre 1997, le MSSLD a annoncé la formation d'une équipe de mise œuvre de la réforme de la santé (*Health Reform Implementation Team (HRIT)*), laquelle représente une nouvelle unité à l'intérieur des dix divisions du groupe *Community Services Group* du ministère. L'HRIT a été créée pour assumer les responsabilités suivantes au sein du ministère [71] :

- Coordonner et faciliter la mise en œuvre des *Directives* et des conseils de la CRSS.
- Gérer les projets directs et conjoints de la CRSS.
- Déterminer l'attribution du financement des hôpitaux de concert avec la Division des soins en établissement.
- Coordonner les activités reliées à la réforme en santé mentale.
- S'unir au secrétariat du Conseil de gestion (*Management Board Secretariat*) pour la planification des ressources humaines et à la Société immobilière de l'Ontario (*Ontario Realty Corporation*) pour les sujets touchant la propriété et les biens.
- S'unir au secrétariat de restructuration de laboratoire (*Laboratory Restructuring Secretariat*) pour intégrer les réformes de laboratoire à la restructuration des hôpitaux.
- Développer des modèles et des cadres de travail communs (par exemple, pour appuyer les transferts de programmes, déterminer l'attribution du financement des hôpitaux, les accords sur les biens ou les transferts, etc.)
- Travailler étroitement avec les autres secteurs du ministère pour assurer que la restructuration s'effectue selon les échéances et les niveaux de qualité prescrits.

Les membres de l'équipe HRIT étaient également responsables d'identifier les obstacles communs (lesquels gênaient l'exécution de la restructuration au niveau local) et de travailler avec les groupes intéressés pour éliminer ces difficultés.

---

71 Correspondance acheminée aux administrateurs des hôpitaux, à l'OHA, aux CRS et à la CRSS par M. Ronald T. Sapsford, sous-ministre adjoint, Soins en établissement et services communautaires (MS), le 30 octobre 1997.

Les modifications réglementaires apportées en avril 1999 (*Ontario Regulation 272/99*) ont provoqué le retrait des pouvoirs exécutoires de la Commission en matière de restructuration des hôpitaux. À partir de ce moment, le ministère est devenu la seule et unique entité habilité à émettre des *Directives* subséquentes aux hôpitaux (voir l'annexe B). Toutefois, il était prévu que la CRSS continuerait à jouer un rôle dans la restructuration des hôpitaux, soit en conseillant le ministère sur des questions identifiées par ce dernier, soit en révisant ou même en modifiant les *Directives* ou les avis d'intention déjà en vigueur.

Un protocole d'entente a été établi entre la CRSS et le MSSLD à l'automne de 1999. Les principes généraux de ce protocole sont les suivants :

- Le ministère souhaite s'assurer que les *Directives* de la CRSS sont mises en œuvre.
- Au 31 mars 1999, la CRSS devient uniquement un organisme consultatif du ministère.
- Le ministère est dorénavant chargé de communiquer tout changement dans les *Directives* sur le terrain.

Ce protocole a reflété les modifications réglementaires apportées en avril 1999, plus particulièrement celui indiquant que le MSSLD avait l'autorité et la responsabilité globale d'assumer les fonctions suivantes :

- Supervision de la mise en œuvre des *Directives* de la CRSS.
- Émission de *Directives*, de *Directives* complémentaires, d'avis et d'avis complémentaires aux hôpitaux (toutefois, en demandant l'avis de la CRSS avant de modifier des *Directives* émises par celle-ci ou tout simplement en émettant de nouvelles *Directives*).

Toutefois, pendant toute la durée de son mandat, la CRSS avait également la tâche de continuer à superviser la mise en œuvre des *Directives* en plus d'être responsable d'exécuter les opérations suivantes :

- Conseiller le ministre lorsque de nouvelles *Directives* ou des *Directives* complémentaires étaient nécessaires.
- Fournir des conseils confidentiels écrits au ministre de la Santé au sujet de changements nécessaires pour garantir la mise en œuvre réussie de la restructuration des hôpitaux.

Pendant cette période, le ministère et la CRSS se sont également engagés dans des discussions et ont procédé à l'élaboration de lignes directrices pour assurer le transfert de responsabilité de la mise en œuvre de la restructuration une fois le mandat de la CRSS terminé (après le mois de mars 2000).

Préoccupations générales de mise en œuvre

Pendant sa révision de l'état de la mise œuvre des *Directives*, la CRSS a identifié un certain nombre d'éléments qui ralentissait la progression et minait la réussite de la restructuration. Voici ces éléments :

Réforme en santé mentale : Manque de clarté du MSSLD au sujet des éléments suivants :

- Implantation du groupe de travail chargé de la mise en œuvre de la réforme en santé mentale (*Mental Health Implementation Task Forces (MHITF)*) [conformément aux conseil de la CRSS].
- Incertitude au sujet des réinvestissements de transition en santé mentale.
- Progression lente dans la résolution de problèmes reliés à l'adaptation de la main-d'œuvre. Cet obstacle nuit au dessaisissement des hôpitaux PPH et au transfert de leurs services vers d'autres institutions publiques.

Réhabilitation : Manque d'encadrement stratégique pour coordonner le remaniement des services de réhabilitation, plus particulièrement dans la Communauté urbaine de Toronto et la RGT/905.

Soins prolongés complexes : Manque de planification conjointe entre le MSSLD, les CASC et les hôpitaux pour malades chroniques touchés afin de favoriser le remaniement des services vers des établissements de soins de longue durée.

Réinvestissements en soins de longue durée et en soins à domicile : Visions divergentes au sujet du niveau de suffisance, des montants et de la vitesse d'émission propres aux réinvestissements dans ce secteur[72].

- Manque d'investissement (argent d'exploitation) pour les centres hospitaliers de longue durée (CHLD) afin de répondre à l'augmentation rapide de sa clientèle.
- Délais de mise sur pied d'un système de classification unique (unifié) pour déterminer l'admissibilité et le placement dans les CHLD (y compris les lits de soins prolongés complexes).
- Manque de décision par le MSSLD pour étendre le rôle des CASC au placement de patients vers des lits de soins prolongés complexes. Il est à noter que le rôle premier des CASC est de coordonner et faciliter soit le placement des résidants dans des maisons de soins infirmiers ou des maisons pour personnes âgées, soit l'accès à des services soins de longue durée.
- Délais dans l'ajout de nouveaux lits en établissements.

---

[72] À plusieurs occasions, la CRSS a recommandé au MSSLD qu'il fasse concorder ses réinvestissements planifiées avec les recommandations de la CRSS et les observations fournies par les groupes intéressés ou les fournisseurs, lesquels sont directement touchés par les changements apprortés aux hôpitaux à travers la province.

Préoccupations de mise en œuvre propres aux communautés

Les communautés ont également identifié des problèmes qui ralentissaient la progression du processus de restructuration. La plupart de ces problèmes nécessitaient l'intervention directe du MSSLD (pour éliminer ces ralentissements) ou une décision des tribunaux pour répondre aux défis juridiques qu'ils présentaient.

À l'automne 1999, plus particulièrement, la CRSS a identifié les communautés dans lesquelles la progression de la restructuration était lente ou retardée par des circonstances locales : Comté de Brant, Frontenac, Lennox & Addington (Kingston), RGT/905, Hamilton-Wentworth, Niagara Region, Ottawa-Carleton (Hôpital Montfort) et Thunder Bay. Avec la fin de son mandat, la CRSS est particulièrement inquiète de la lente progression de la restructuration dans la région de Thunder Bay (principalement au sujet du développement du nouvel hôpital Thunder Bay Regional Hospital).

Section XII :

Élaboration d'un système de services de santé

Concrétisation de la vision : évolution des systèmes intégrés

Désignation des priorités stratégiques : considérations environnementales

Élaboration du système : plan d'action en sept points

CRSS

SECTION XII: ÉLABORATION D'UN SYSTÈME DE SERVICES DE SANTÉ

Entre 1996 et 1999, la CRSS a concentré ses efforts sur la restructuration du secteur hospitalier.
Au cours de la dernière année de son mandat (1999-2000), la CRSS a pris part aux deux activités principales suivantes :

1. ***mettre en place des mécanismes afin de s'assurer que les activités de restructuration sont régulièrement contrôlées et évaluées (c.-à-d., effectuer un suivi jusqu'à l'étape 1 de son mandat);***

2. ***prodiguer des conseils précis au ministre de la Santé concernant les priorités liées à la restructuration du système de santé dans son ensemble (étape 2 du mandat de son mandat).***

   La deuxième activité met principalement l'accent sur le développement d'une vision du futur système de santé et permet de déterminer des stratégies particulières qui promeuvent une meilleure "systématisation" (élaboration du système) dans le système.

Concrétisation de la vision : évolution des systèmes intégrés

> **Système :** Ensemble d'éléments interactifs interdépendants; groupe d'unités combinées de façon à former un tout organisé dont l'efficacité est supérieure à celle des unités constituantes lorsqu'elles sont utilisées de manière indépendante.[73]

Il n'existe actuellement aucun système de santé coordonné en Ontario. Les hôpitaux, les autres établissements, les agences et les professionnels de la santé interagissent et collaborent tout de même à différents niveaux. Toutefois, aucun système distinct ou structure générale n'est en place pour aider et appuyer les intervenants et les organismes de santé afin qu'ils travaillent ensemble de manière intégrée dans l'intérêt des patients, des populations et des collectivités. En fait, de nombreux obstacles nuisent à une collaboration fonctionnelle des divers "éléments" nécessaires à l'élaboration d'un véritable système de services de santé.

---

[73] Khandwalla, Pradip N., *The Design of Organizations*, 1977.

Une bonne partie des travaux de la CRSS dans le cadre de la première étape de son mandat abordaient l'*intégration horizontale* dans le secteur hospitalier.[74] Dans diverses collectivités, cela impliquait le regroupement de deux ou plusieurs hôpitaux qui desservaient la même population géographique, et dont les programmes et les services se chevauchaient. Un autre des résultats découlant des activités de l'étape 1 de la CRSS consistait à amorcer l'évolution d'*organismes hospitaliers verticaux* de tailles considérablement variées. Ces organismes desservaient des zones bien différentes et offraient des programmes allant des soins primaires aux soins tertiaires plus complexes.[75] Une des conséquences pour de nombreux nouveaux conseils d'administration est que leurs responsabilités en matière de gouvernance incluent des services régionaux en plus des services locaux en milieu hospitalier.

Bien que l'intégration et la coordination des hôpitaux aient reçu un vaste appui, le consensus est moins évident lorsqu'il est question du concept d'intégration verticale et de la meilleure façon d'atteindre cet objectif dans le système (c.-à-d., les hôpitaux avec des services de soins à domicile, de soins de longue durée, de soins primaires, etc.).

En général, les discussions sur l'intégration de systèmes verticaux, soit la base sur laquelle repose un meilleur système de santé en Ontario, se sont surtout limitées aux initiatives dérivées issues de la restructuration des hôpitaux. Elles mettaient l'accent sur le besoin de réinvestir dans certains autres secteurs, notamment dans les secteurs des soins à domicile et des soins de longue durée. Cependant, l'immense tâche d'intégration verticale des nombreux cloisonnements du système de santé est essentielle à la réalisation de la vision du futur système de santé.

Le document de vision préliminaire diffusé en janvier 1997 par la CRSS contemplait la mise en place de services de santé intégrés (SSI) officialisés en Ontario.[76] La CRSS a continué d'appuyer le besoin d'entretenir de meilleures liaisons entre les organismes de santé et les intervenants en santé afin de créer un système intégré, interactif et dynamique de prestation homogène de services harmonisés.

---

[74] L'intégration horizontale et l'intégration verticale sont deux approches de la restructuration. L'intégration horizontale permet de rassembler des intervenants comparables qui assurent des services semblables, et l'intégration verticale regroupe différents intervenants offrant une gamme de services harmonisés.

[75] Un exemple pertinent est la fusion de quatre hôpitaux dans la région de Durham dans le but de créer la Lakeridge Health Corporation. Cinq installations desservent maintenant de vastes zones allant du centre urbain régional d'Oshawa, qui offre des soins tertiaires, aux hôpitaux ruraux d'Uxbridge-Port Perry.

[76] Dans son document de vision (1997), la CRSS décrit le futur système de santé de l'Ontario comme une "série de systèmes de santé interconnectés et de systèmes de santé universitaires intégrés." Ces systèmes, composés de groupes d'organismes de santé hospitaliers et communautaires, seraient responsables des soins de santé d'une population donnée.

Elle reconnaît également que les SSI officialisés en Ontario (peu importe leur nature souhaitable) ne peuvent être créés à court terme étant donné l'importance des changements actuellement apportés au système et les contraintes de l'environnement externe.

Même si la CRSS ne défend plus le développement de SSI officialisés à court terme, leur mise sur pied devrait rester un objectif à long terme. La Commission demeure convaincue qu'une meilleure coordination et intégration de l'ensemble des services de santé est essentielle à une prestation de soins de santé plus accessible, de qualité supérieure et rentable, ainsi qu'à l'amélioration de l'état de santé de la population. Le défi consistait à déterminer les occasions qui présentaient le plus grand potentiel pour :

- ***évoluer à partir des réformes actuelles;***
- ***continuer de rééquilibrer les divers composants/éléments du système;***
- ***intégrer les soins;***
- ***améliorer le suivi des soins.***

En avril 1998, le ministre de la Santé a écrit à la Commission afin de lui demander d'évaluer la possibilité d'intégrer les points suivants à ses travaux d'étape 2 :

- rédiger un article sur les modèles intégrés;
- explorer les mérites relatifs de la capitation;
- prodiguer des conseils sur les répercussions des SSI en vue de l'élaboration conceptuelle d'un système de gestion de l'information sur la santé;
- développer d'autres points de repère liés à la mesure de la qualité dans le système de santé élargi.

Afin d'aider la CRSS à établir des priorités précises pour atteindre une meilleure systématisation du système de santé, il a fallu tenir compte des travaux effectués et des leçons tirées au cours de l'étape de restructuration (étape 1) de son mandat. En outre, la CRSS a réalisé une série d'études de base afin d'en savoir davantage sur les facteurs clés suivants qui façonnent l'environnement externe :

environnements politique et réglementaire, notamment :

A. révision des répercussions législatives/réglementaires de la mise en place de SSI;
B. conseils d'un groupe d'experts sur le "positionnement" des futurs changements à apporter au système de santé;

environnement du prestateur, notamment :

A. tables rondes avec des groupes de principaux intervenants de la province afin de recueillir des commentaires sur ce que devraient être les priorités et les prochaines étapes de la réforme du système de santé de l'Ontario;

environnement du public (consommateur), notamment :

A. évaluation des changements apportés au système en fonction d'une analyse de l'opinion publique sur les réformes actuelles du système de santé, et révision du comportement, des perceptions et des priorités du public.

Les résultats clés de l'étude environnementale sont décrits brièvement ci-après.

Désignation des priorités stratégiques : considérations environnementales

Environnements politique et réglementaire

A. Révision des répercussions législatives/réglementaires

À l'été 1999, la CRSS a révisé les modifications législatives qui *pourraient* être nécessaires au soutien du développement de SSI en Ontario. Cette révision reposait sur les *sept caractéristiques minimales* suivantes désignées comme étant fondamentales au développement de SSI :

1. portée du service
2. souplesse financière et organisationnelle
3. liste de service des participants
4. systèmes d'information
5. financement
6. rapport entre les honoraires et l'acte
7. accent sur les soins primaires

En résumé, la CRSS a suggéré que des modifications législatives seraient souhaitables, ou, dans certains cas, nécessaires à la réalisation des points suivants :

1. mettre sur pied et réglementer des SSI;
2. gouverner et gérer les SSI;
3. autoriser les SSI à affecter des fonds publics;
4. autoriser les SSI à exercer une autorité réglementaire;
5. autoriser les SSI à offrir des services de santé;
6. faciliter le regroupement de divers types de prestateurs de soins de santé pour former des SSI;
7. faciliter les alliances ou les partenariats entre divers types de prestateurs de soins de santé pour former des SSI;
8. aborder la question de l'accès aux services (selon les conditions, le cas échéant, associées à la prestation de services de santé d'un SSI);

9. faciliter l'application de modalités de paiement appropriées pour les services assurés par les SSI ou par le biais de ceux-ci;
10. aborder la question des limites possibles liées aux membres des conseils d'administration des SSI en raison de leur caractère charitable;
11. assurer le partage pertinent et la protection des renseignements personnels sur la santé.

Chacun de ces changements a été révisé par la CRSS dans un document de travail. [77] La Commission en est arrivé aux conclusions suivantes :

- Les plus gros obstacles à franchir (c.-à-d. les obstacles plus complexes et difficiles à surmonter sans que les mesures entreprises ne prêtent à la controverse) sont plus susceptibles d'être liés à des questions de gouvernance, de leadership et de politique qu'à des questions de législation ou de réglementation.
- Même s'il était possible d'accomplir beaucoup de choses sans levier législatif uniquement grâce à la bonne volonté, aucune *véritable* autorisation légale n'est actuellement appliquée en Ontario pour la mise sur pied de SSI.
- L'atteinte d'une meilleure intégration verticale dans le système est ralentie par des restrictions qui empêchent le ministre de déléguer ses pouvoirs relatifs à l'attribution de ressources. [78]

B. Opinion d'experts sur le « positionnement » des futurs changements à apporter au système de santé

Le 9 avril 1999, des représentants de la CRSS ont rencontré un groupe d'experts internationaux afin d'explorer certaines questions liées aux *politiques* et aux *intervenants* dont il faut tenir compte pendant la planification et la mise en œuvre des futures réformes en matière de santé.

Les experts du groupe s'entendaient sur le fait que, bien que les Ontariens ne s'opposent pas aux futures réformes en matière de santé, la création d'une meilleure systématisation par le développement d'un système de santé plus intégré dans la province doit se faire selon une approche évolutive, et non selon un format "big bang". Les stratégies suivantes ont été désignées importantes pour le processus de changement :

---

[77] CRSS, *Implementing integrated health systems in Ontario: a review of legislative/regulatory implications*, document de travail, juillet 1999.

[78] À titre d'exemple, un levier clé nécessaire à la mise en place de systèmes de santé intégrés se rapporte au transfert de responsabilités permettant de distribuer les sommes allouées à des tiers par l'assemblée législative provinciale selon un système de vote, ou de prendre des décisions réglementaires à tout niveau sous le ministre de la Santé.

- **Solliciter l'appui des prestateurs pour l'intégration/la systématisation.** Les médecins, les infirmières et les autres prestateurs professionnels de soins de santé demeurent les personnes les plus respectés aux yeux du public en ce qui a trait aux questions de soins de santé. Les membres du public cherchent à connaître le point de vue de ces groupes sur l'intégration. Leur opinion sera donc plus influencée par les professionnels de la santé que par les communications avec le gouvernement ou les organismes de planification. Ainsi, il est essentiel de gagner l'appui des professionnels de la santé pour la systématisation.

- **Amorcer un processus de consultation sur les nouveaux modèles afin d'obtenir un consensus généralisé pour les futurs changements.** Aucun modèle imposé à un public insouciant par le recours à un processus unilatéral, formel, ayant force obligatoire et mandaté par le gouvernement ne sera accepté par le public.

- **Mettre l'accent sur des stratégies et des objectifs de consultation précis, et non sur des principes ou des souhaits abstraits**. Il est recommandé de publier un document de politique et une série de propositions précises destinées à un débat public. Ces documents décriraient les résultats escomptés des changements. De préférence, le tout devrait être rédigé sous forme de rapport au gouvernement (par un conseil consultatif ou par un autre organisme indépendant).

- **Dresser un plan de communication stratégique et tactique pour chaque recommandation afin de lancer le débat de façon efficace et d'éviter qu'il ne soit interrompu prématurément par des commentaires négatifs de la part des principaux intervenants ou des médias.**

- **Obtenir un consensus généralisé pendant le processus de consultation en employant la technique de démocratie délibérative[79] au niveau communautaire.**

La figure XII-1 résume certains des autres points à considérer soulevés lors de la discussion avec le groupe d'experts. Ces points se rapportent au « positionnement » des futurs changements à apporter au système.

---

[79] Le modèle de démocratie délibérative comprend la désignation d'objectifs de calendrier positifs qui permettent d'obtenir un consensus dans les sous-groupes de principaux intervenants et de prestateurs de façon à appuyer la légitimité communautaire.

Figure XII-1 : Formulations de recommandations liées à la future réforme du système de santé : considérations clés

INQUIÉTUDES ET PRÉFÉRENCES DU PUBLIC	• *Les changements proposés sont-ils clairs, explicites et précis?* • *Les changements reflètent-ils l'esprit et la réalité de la Loi canadienne sur la santé? Sinon, comment la question sera-t-elle abordée?* • *Les changements proposés sont-ils différentiels?* • *Des essais clairs et précis de la terminologie ont-ils été effectués?* • *La réforme proposée aborde-t-elle les inquiétudes et les impressions du public de façon constructive?*
PRINCIPAUX INTERVENANTS ET PROCESSUS	• *Qui aidera à soutenir le processus de changement?* • *Quels processus serviront à accroître l'appui et la légitimité des changements?* • *La réforme promeut-elle un plus grand dynamisme à l'égard des changements?*
PROCESSUS DE RÉFORME POLITIQUE **(DÉVELOPPEMENT ET MISE EN ŒUVRE)**	• *Le projet semble-t-il légitime et crédible?* • *Quelles mesures seront prises pour améliorer la réceptivité à l'égard des changements?* • *Les initiatives encouragent-elles un plus grand dynamisme à l'égard d'une gamme de services harmonisés?* • *Quels aspects des changements progresseront le plus rapidement?* • *Les changements aideront-ils les gens à renforcer leur impression de maîtriser leur état de santé?* • *De quelle façon la réforme favorisera-t-elle la création d'une voie parallèle ou alternative?* • *Des mesures incitatives sont-elles en place pour encourager l'emprunt de la nouvelle voie?* • *Des fonds de transition seront-ils disponibles pour faciliter les changements?*

Environnement des prestateurs

A. Tables rondes : prochaines étapes de la restructuration des services de santé

- ***Quelles sont les trois plus importantes questions à aborder pour faire progresser la restructuration du système de santé?***
- ***Quelles mesures clés doivent être prises ou quelles méthodes incitatives doivent être mises en place pour stimuler l'enthousiasme des groupes de prestateurs et de professionnels de la province à l'égard de la résolution des questions?***
- ***Quelles mesures doivent être adoptées pour assurer un processus de communication et de consultation efficace avec les groupes de prestateurs et de professionnels de la province en vue de la planification et de la mise en œuvre des prochaines étapes de réforme des services de santé?***

Au début de 1999, la CRSS a approché un certain nombre de personnes et d'organismes et les a invités à réunir des groupes d'intervenants de leur domaine respectif en vue de recueillir des commentaires sur les questions soulevées. Au total, 18 tables rondes ont eu lieu (soit environ 180 participants). Chaque groupe devait ensuite soumettre un rapport à la CRSS dans lequel il résumait les principaux points soulevés.

Les cinq thèmes généraux suivants ont été désignés pour la planification des futures réformes du système de santé :

1. **Vision :** Énoncer et communiquer une vision de la réforme des services de santé.

2. **Intégration :** Éliminer les cloisonnements et améliorer l'intégration.

3. **Soins primaires :** Faire des soins de santé primaires la base sur laquelle reposent les futures réformes en les positionnant comme une liaison avec le reste du système.

4. **Infrastructure de l'information :** Investir dans une infrastructure de technologies de l'information accessible.

5. **Mesures incitatives :** Aligner les mesures incitatives parmi les prestateurs de soins de santé et les consommateurs afin d'améliorer la responsabilisation à tous les niveaux et de stimuler des réflexions et des comportements axés sur les systèmes.

Bien que ces cinq points ait été soulevés à titre de thèmes communs, il n'existait aucun véritable consensus quant aux stratégies à adopter pour aborder ces questions.

Environnement du public (inquiétudes)

A. *Impressions du public sur le système de santé*

L'appui du public bascule vers un système de santé universel doté d'une gamme complète de services de santé de qualité. Toutefois, la majorité des Ontariens comprend que la nature des tensions actuelles du système de santé traditionnel est plus que fiscale et qu'une réforme est nécessaire.

Les sondages menés par Sondage Santé Canada au cours des dix dernières années montrent que les Ontariens croient que l'accès aux services de santé a diminué et que l'appui en faveur des services de santé à domicile gagne rapidement du terrain. Ils reconnaissent également les besoins actuels et sont prêts à accepter une réforme. Les résultats de ces sondages et les commentaires recueillis auprès du groupe d'experts internationaux ont révélé les points suivants :

Impressions sur la réforme des services de santé...

- Nous sommes actuellement à un point de jonction critique en matière de soins de santé au Canada et en Ontario.

- Le niveau d'anxiété du public nord-américain est élevé relativement aux institutions publiques et aux processus politiques, en partie pour les raisons suivantes :
  - mondialisation et tensions connexes;
  - incidences sur le marché du travail et perspectives financières des changements technologiques rapides;
  - niveaux de confiance et d'adhérence du public en déclin.

- Il faut rassurer les Ontariens en insistant sur le fait que les réformes des services de santé seront "faites en Ontario" et que les objectifs de base visent à améliorer l'accessibilité, la qualité et la continuité des soins. De plus, le public s'attend fortement à ce que les services clés de l'avenir soient reliés d'une façon quelconque aux principes du modèle de la Loi canadienne sur la santé.

- Le public s'inquiète des services de santé et est prêt à accepter des réformes qui assureront l'accessibilité à des services médicaux fiables de qualité et intégreront de surcroît les services communautaires à un système de santé mieux coordonné. Cependant, le public et les professionnels de la santé se montrent nerveux vis-à-vis certaines mesures de réforme qui semblent impliquer la fermeture d'établissements de services aux patients hospitalisés sans réinvestissement suffisant dans les services communautaires.

- La grande majorité des Ontariens croit qu'il est *possible* d'améliorer les soins de santé par une restructuration hospitalière, mais ils s'opposent à la fermeture d'hôpitaux ou à la réduction des services dans les hôpitaux que chacun fréquente personnellement.

Impressions sur l'intégration des services de santé...

- Si les avantages sont faciles à comprendre et semblent l'emporter sur les risques, le public donnera son appui à certains éléments précis menant à l'intégration des services de santé. Par exemple, afin de profiter pleinement du potentiel des listes de service, de la capitation et du partage de renseignements sur la santé (soit des éléments clés de l'intégration), les termes employés doivent être clairs pour le public. Des illustrations précises sont essentielles afin de démontrer comment les changements amélioreront le système de santé.

- Les occasions de gagner la faveur du public à l'égard de l'intégration existent si les domaines d'intérêt clés relatifs à l'accessibilité, au gaspillage et à la disponibilité des soins à domicile sont abordés dans la politique. Une bonne communication est essentielle afin que le public comprenne que l'intégration peut résoudre bon nombre des problèmes les plus graves du système de santé actuel.

- L'appui du public à l'égard de l'intégration augmentera vraisemblablement s'il est évident que les avantages de l'intégration sont, entre autres, une meilleure communication avec les prestateurs, de meilleurs soins aux patients et l'amélioration de la disponibilité des services à domicile et de l'accessibilité à ceux-ci.

Élaboration du système: plan d'action en sept points

À partir de sa vision du futur système de santé et de son évaluation de l'environnement externe, la CRSS a dressé un plan d'action en sept points dont le but est d'élaborer un système de services de santé mieux intégré et mieux coordonné. Les sept priorités (et les stratégies connexes) nécessaires à l'atteinte d'une meilleure systématisation du système de santé provincial sont décrites à la figure XII-2.

Figure XII-2 : Élaboration du système : plan d'action en sept points

PLAN D'ACTION EN SEPT POINTS
ACTION 1 : Se fonder sur la mise en œuvre de la restructuration hospitalière et les réinvestissements dans d'autres établissements de santé et les services communautaires.
ACTION 2 : Articuler et communiquer une vision du futur système de services de santé en Ontario.
ACTION 3 : Clarifier et définir le rôle du gouvernement et le rendre principalement responsable de la gouvernance du système et du leadership.
ACTION 4 : Élaborer un système complet de gestion de l'information sur la santé.
ACTION 5 : Mettre en œuvre un nouveau modèle qui assure la prestation de soins de santé primaires complets.
ACTION 6 : Encourager et appuyer une meilleure intégration et coordination dans l'ensemble du système en : ➢ se fondant sur les efforts communautaires pour renforcer l'intégration; ➢ renforçant les réseaux de groupes universitaires en sciences de la santé.
ACTION 7 : Élaborer et appliquer une stratégie d'amélioration de la responsabilisation et du rendement du système de santé.

ACTION 1 :
SE FONDER SUR LA MISE EN OEUVRE DE LA RESTRUCTURATION HOSPITALIÈRE ET LES RÉINVESTISSEMENTS DANS D'AUTRES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET LES SERVICES COMMUNAUTAIRES

Stratégies

✓ Désigner un organisme (par ex., une présence physique au sein du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) ou un organisme indépendant du gouvernement) afin qu'il :

- applique les directives de la CRSS dans diverses collectivités;
- agisse en fonction des recommandations relatives au réinvestissement dans les soins non actifs nécessaires au sein des diverses collectivités.

ACTION 2 :
ARTICULER ET COMMUNIQUER UNE VISION DU FUTUR SYSTÈME DE SERVICES DE SANTÉ EN ONTARIO.

Stratégies

✓ Articuler et communiquer une vision (ainsi qu'une mission et des objectifs) du système de santé afin de guider les futures réformes et les améliorations de service. Le gouvernement devrait utiliser l'énoncé de vision ci-dessous, rédigé par la CRSS, comme point de départ pour engager le public dans un débat sur les priorités stratégiques et les mesures qui orienteront les futurs changements apportés au système de santé de la province :

> *Notre vision consiste en un système de santé viable qui assure des soins de qualité complets et prodigués avec compassion à tous ceux qui ont besoin de retrouver et de maintenir une bonne santé. Tout en reflétant certaines différences communautaires et régionales, les prestateurs de soins de santé du nouveau système travaillent ensemble en vue d'atteindre le but commun de respecter les objectifs, les politiques et les priorités déterminées par le public et nécessaires à la réalisation de la vision de la santé de l'Ontario.* [80]

---

[80] La vision de santé suivante a été rédigée par le Conseil du premier ministre sur la santé et appuyée par tous les partis de l'assemblée législative provinciale au printemps de 1989 : *Nous voyons l'Ontario comme une province où la population vit plus longtemps en bonne santé et où la maladie et les déficiences sont progressivement réduites. Nous imaginons une population habilitée qui réalise son plein potentiel en matière de santé grâce à un environnement non violent et sécuritaire, à un revenu, un logement, une alimentation et une éducation adéquats, ainsi qu'au rôle apprécié qu'elle joue sur les plans familial, professionnel et communautaire. Nous imaginons une population ayant accès de façon équitable à des soins de santé abordables et appropriés, peu importe la géographie, le revenu, l'âge, le sexe ou la nationalité. Enfin, nous imaginons une population dont les membres travaillent ensemble afin d'assurer une meilleure santé pour tous.*

✓ Articuler et communiquer les priorités stratégiques et les mesures qui orienteront les futurs réformes en matière de santé afin d'améliorer l'état de santé général et l'élaboration d'un *système* de services de santé. L'établissement de priorités doit être évalué par rapport aux trois critères suivants :

- *potentiel d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'abordabilité du système;*
- *potentiel d'améliorer l'intégration, la coordination et la continuité des soins du système;*
- *incidences sur le rééquilibre des éléments du système.*

Discussion

La première exigence de tout système repose sur le fait que les diverses parties qui le composent doivent être concordantes. En d'autres termes, il faut une vision commune de l'organisation. Un véritable système de services de santé ne peut exister sans une telle vision et, par conséquent, sans énoncés de mission, objectifs, etc.

À l'instar de nombreux organismes dirigeants, les gouvernements ont, au fil des ans, trop concentré leurs efforts sur la *gestion* ou l'*exploitation* des éléments particuliers du système et trop peu contribué à la création d'un système *authentique* et à la gouvernance obligatoire dont il a tant besoin. À l'origine se trouve le fait que les nombreux groupes d'intérêts qui ont exercé des pressions à Queen's Park ont tellement accaparé le gouvernement que le rôle de celui-ci a été réduit à celui d'arbitre. En jouant ce rôle, le gouvernement a dû trancher dans le cas de demandes concurrentielles et contradictoires plutôt que d'assurer le *leadership* par lequel une *vision partagée* des intérêts du public peut être élaborée et atteinte. L'élaboration et l'atteinte d'une telle vision signifie qu'il faut assurer l'alignement des éléments suivants :

- vision du système et ses objectifs et stratégies;

- objectifs et stratégies du système et détermination des limites des systèmes de financement;

- demandes et besoins des divers secteurs et des principaux intervenants du système;

- mesures incitatives appropriées et actions connexes qui encouragent les secteurs et les principaux intervenants à atteindre les objectifs de l'ensemble du système.

ACTION 3 :
CLARIFIER ET DÉFINIR LE RÔLE DU GOUVERNEMENT ET LE RENDRE PRINCIPALEMENT RESPONSABLE DE LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME ET DU LEADERSHIP.

Stratégies

✓ Outre le fait d'être le "bailleur de fonds" principal, le gouvernement de l'Ontario doit assumer comme domaine de responsabilité clé la tâche de se définir comme le corps dirigeant du système de services de santé de l'Ontario (son conseil d'administration en quelque sorte) et de s'acquitter de ses responsabilités de gouvernance par l'intermédiaire du MSSLD.

✓ Redéfinir et clarifier le rôle du MSSLD en tant que gouverneur et chef du système de santé, et non, comme il en est actuellement le cas, en tant qu'entité centralisée dont les efforts se concentrent surtout sur des questions opérationnelles (microgestion). Dans ce nouveau rôle, le MSSLD serait principalement responsable des activités suivantes :

- établir la vision du futur système de santé et en assurer l'orientation générale au moyen de lois, de règlements, de lignes directrices de politique et de normes;

- financer le fonctionnement du système de santé et déterminer les niveaux de financement appropriés;

- assurer le développement et le maintien d'un système complet d'information partagée en matière de santé qui relie tous les éléments du système;

- créer et promouvoir des outils de remaniement du système (mesures incitatives ou de dissuasion, cibles de rendement, mesures d'évaluation, etc.), et élaborer des stratégies en vue d'atteindre la vision déterminée et les valeurs à respecter relatives au système de services de santé;

- assumer la responsabilité des suivis des évaluations de l'amélioration du rendement du système et de ses divers composants afin de s'assurer que :
  - la population de l'Ontario en a pour son argent;
  - le système continue d'évoluer et de répondre à des besoins changeants;
  - les normes relatives à la qualité des services, à l'accessibilité et à l'efficacité restent en place.

Discussion

Il y a quinze ans, les trois partis politiques de l'Ontario ont approuvé le rapport d'un groupe de travail dirigé par Dr John Evans: *The Evans' Panel Report* (1986). Ce document résumait les principaux thèmes de plusieurs rapports sur la réforme du système de santé publiés avant cette époque. Ces thèmes soulignaient qu'il fallait tenir compte des recommandations suivantes pour changer le système de santé :

- mettre davantage l'accent sur les soins primaires;
- relier les soins primaires et secondaires;
- assurer un discours communautaire sur les soins de santé;
- transférer les ressources des institutions aux soins communautaires;
- concentrer les efforts sur la promotion de la santé et la prévention des maladies;
- assurer une planification coordonnée;
- coordonner les services et éliminer la fragmentation des services;
- assurer le financement des résultats.

Bien que les gouvernements formés (à tour de rôle) des trois partis politiques de l'Ontario aient consacré beaucoup de temps et d'argent à l'atteinte des objectifs, très peu de progrès ont été enregistrés au niveau de la modification du financement, de la gestion et de la gouvernance du système de soins de santé. En fait, un des plus graves problèmes déterminants de longue date qui touche actuellement le système des services de santé est le manque de gouvernance efficace. Cet élément est essentiel à l'*élaboration d'un système* et au *changement du système*.

Comme le souligne à plusieurs reprises le présent rapport, la CRSS a découvert directement que la résistance du public, des prestateurs de soins de santé et de la bureaucratie a contribué aux obstacles qui nuisent à la mise en œuvre d'un processus de changement efficace. En fait, la résistance au changement au sein de la fonction publique comme telle (la bureaucratie) est un des plus importants facteurs de ralentissement et même d'interruption du rythme de changement dans de nombreux domaines (par ex., réforme de la santé mentale). Cela explique pourquoi les ministres de diverses convictions politiques qui se sont fixé les mêmes objectifs n'ont pu obtenir de véritables changements. Cela explique également pourquoi les ministères gouvernementaux (notamment le MSSLD) semblent, depuis quelques années, si préoccupés par les tentatives de gestion des services de soins de santé en Ontario qu'ils négligent la gouvernance du système des services de santé (problème de leadership).

Selon la Commission, la bureaucratie craint une réduction des effectifs et une perte de pouvoir si les activités de gestion sont transférées aux personnes "sur le terrain" et si la *gouvernance* des services de santé devient l'intérêt principal du ministère et du gouvernement. La gouvernance du système de santé implique que le système et ses composants doivent :

- être concordants et respecter une mission clairement définie;
- respecter des lignes directrices de politique claires;
- viser l'atteinte d'objectifs faisables et mesurables;
- profiter de commentaires d'évaluation.

Voilà les produits d'une bonne gouvernance.

L'engagement à partager publiquement les risques financiers de la maladie et des blessures est, à tous égards, une caractéristique déterminante des Canadiens. Les discussions relatives aux services et aux systèmes de santé se rapportent habituellement aux services *publics* du système. Sans aucun doute, la plupart des Ontariens se sont engagés à un système de services de santé publique. Ainsi, la gouvernance des services de santé dans l'ensemble des provinces canadiennes doit être assurée par les gouvernements, c'est-à-dire par les représentants élus de la population touchée.

Le besoin de clarifier le rôle du gouvernement en tant que "gouverneur supérieur" du système signifie que beaucoup plus de responsabilités en matière de *gestion* des services de santé doivent être transférées à des organismes responsables près des personnes et des collectivités qui reçoivent les services de santé et de ceux qui en assurent la prestation. Ces organismes seront également surveillés par ces mêmes personnes. Au même titre que le Parlement transfère des responsabilités et des pouvoirs au gouvernement et à ses ministères, la CRSS croit qu'il est essentiel que le MSSLD remplisse les deux conditions suivantes :

1. assumer la responsabilité cruciale d'assurer la gouvernance efficace du système de services de santé;

2. transférer les responsabilités de gestion du système et de l'exploitation de ses éléments à des organismes composés de représentants locaux, d'usagers et de prestateurs de services de santé.

Il n'y a pas encore de consensus relatif au concept des structures de gestion, au degré d'autorité qui leur sera accordé et aux membres qui les composeront. La structure optimale est-elle une autorité de santé régionale comme celles de la plupart des autres provinces du Canada ou un SSI? S'agit-il plutôt d'une autre autorité locale ou d'un organisme à vocation particulière?

En fait, ce qui semble plus important que la définition d'une structure adéquate ou optimale est de déterminer si les principes suivants sont respectés, et, dans l'affirmative, comment ils le sont :

1. Une gestion efficace doit reposer sur des partenariats et des liaisons solides entre les nombreux prestateurs, organismes et secteurs du système de services de santé.

2. La direction doit se trouver dans des régions ou des subdivisions géographiques de la province dont la définition a été généralement acceptée (à l'exception de la région formée par la fusion de municipalités maintenant appelée la Communauté urbaine de Toronto dans laquelle des divisions non géographiques seraient plus adéquates).

Ce dernier point représente une question étudiée davantage par la Commission dans le cadre de ses travaux sur l'amélioration du rendement des systèmes de santé.

ACTION 4 : ÉLABORER UN SYSTÈME COMPLET DE GESTION DE L'INFORMATION SUR LA SANTÉ

> ***Gestion de l'information sur la santé :*** Recueil, partage et analyse de renseignements dans le but de prendre de meilleures décisions.

Stratégies

✓ Procéder à la mise en œuvre de la stratégie (*Plan d'action concernant la gestion de l'information sur la santé en Ontario*) élaborée par la CRSS dans le but de développer un système complet de gestion de l'information sur la santé en Ontario et d'améliorer l'intégration et la coordination de la prestation de services de santé, ainsi que le rendement général du système de santé.[81] Suivre les étapes ci-dessous pour la mise en œuvre du plan :

1. édicter les lois et les règlements relatifs à l'information sur la santé;
2. mettre sur pied une agence de gestion de l'information sur la santé à titre d'entité indépendante responsable envers le gouvernement et relevant du ministre de la Santé;
3. mettre sur pied un Conseil consultatif intérimaire (composé de tous les attributs de membre suggérés pour le conseil de l'agence) qui assure un leadership de transition pendant la mise sur pied de l'agence;

---

[81] Au total, 22 initiatives de gestion de l'information sur la santé figurent dans le plan d'action sur trois ans. Les objectifs sont les suivants : **améliorer l'information fournie aux consommateurs** (les initiatives incluent la création d'une ligne d'information téléphonique et d'un site Web destinés aux consommateurs afin de prodiguer des conseils et de répondre aux questions sur la santé et les services de santé); **améliorer la prestation des services de santé sur les lieux** (les initiatives incluent la mise sur pied d'un programme d'information provincial sur les médicaments et les tests en laboratoire afin que les prestateurs désignés aient accès à l'historique des ordonnances des consommateurs et à leurs résultats de laboratoire); **améliorer la gestion des services de santé** (les initiatives incluent l'amélioration de la prévision des besoins, tels que les besoins en ressources professionnelles de la santé, et l'expansion de la capacité analytique afin de mesurer un plus grand éventail de pratiques de services de santé).

4. accorder le financement nécessaire distribué par l'agence de gestion de l'information sur la santé;
5. demander au Conseil consultatif intérimaire de dresser des plans de mise en œuvre détaillés pour le lancement de chaque initiative (notamment la conception, le moment, les responsabilités et les mesures de rendement) et d'élaborer des processus lui permettant de jouer efficacement son rôle quant aux normes, à la confidentialité, au financement, aux stratégies, aux recommandations et aux vérifications.

Discussion

Actuellement, le système de santé de l'Ontario n'a pas les renseignements nécessaires, ni le partage d'information pour atteindre ses objectifs de coordination et d'intégration. Les prestateurs de soins de santé auraient plus de succès au niveau de la coordination des services s'ils avaient des outils qui leur permettaient d'échanger des renseignements de manière opportune. De plus, de nombreux secteurs de santé (notamment ceux des soins communautaires et de longue durée) n'ont pas encore intégré l'informatique et les outils d'information à leurs activités quotidiennes, ce qui limite davantage le potentiel d'une véritable coordination de la prestation des soins.

Au début de 1999, la CRSS a mis sur pied un groupe de travail sur la gestion de l'information présidé par D[r] Michael Guerriere du University Health Network dans le but d'aborder les différentes inquiétudes. Ce groupe de travail comprenait bon nombre de leaders supérieurs du domaine des soins de santé de l'Ontario et du Canada. Le mandat du groupe de travail était d'aider la CRSS à élaborer une stratégie de développement d'un système provincial de gestion de l'information sur la santé qui améliorerait l'intégration et la coordination de la prestation des services de santé et le rendement général du système de santé. Le groupe s'est rencontré pendant une période de quatre mois (aidé de McKinsey & Company) et s'est inspiré des recommandations de différents rapports des dernières années tels que *Ontario's Smart System for Health*, le *Carnet de route de l'information sur la santé* de l'*Institut canadien d'information sur la santé* et l'*Inforoute Santé du Canada*.

En juin 1999, la CRSS a soumis au ministre de la Santé son *Plan d'action concernant la gestion de l'information sur la santé en Ontario* dans lequel figure une série de recommandations. La stratégie décrivait les différentes façons de créer en Ontario une capacité de gestion des renseignements sur la santé et les services de santé. Dans ses recommandations finales, la CRSS avisait le ministre que le développement d'une capacité de recueil, d'analyse et de diffusion aux prestateurs et aux consommateurs de renseignements relatifs à des soins harmonisés était la priorité numéro un de l'amélioration du système de santé. L'information sur la santé et la gestion efficace de celle-ci constituent l'*outil fondamental* de toutes les autres réformes de santé et de l'élaboration du système. Sans données et renseignements menant au savoir, il ne peut y avoir de responsabilisation efficace pour la gouvernance ou la prestation de services de santé.

Les prestateurs de soins de santé sont incapables de fournir des soins coordonnés aux consommateurs en partie parce qu'il n'y a pas suffisamment de communication dans l'ensemble des soins harmonisés sur les besoins des consommateurs et les services de santé requis pour y répondre. Les prestateurs de soins souhaitent ardemment améliorer la coordination des soins et l'accès opportun aux services requis et assurer l'utilisation optimale des ressources. Le recueil et l'échange en temps réel de renseignements de santé axés sur les patients est une exigence clé dans l'atteinte des objectifs.

En outre, les consommateurs veulent plus d'information sur leur santé ainsi que l'accès au système de santé. Ils doivent avoir accès à des voies de communication qui répondent à leurs besoins et les aident à naviguer dans le système de santé.

Bien que divers organismes et prestateurs de soins à l'échelle du système de santé investissent dans la technologie et les logiciels qui les aident dans leurs activités, aucun encadrement ne les guide dans la coordination des travaux ou ne facilite le partage d'information, ni maintenant, ni dans l'avenir. Actuellement, très peu de renseignements sur la santé peuvent être partagés en raison du manque de normes communes et de l'utilisation limitée des identificateurs courants. Un autre facteur très important est l'absence d'un cadre législatif complet qui protègerait la confidentialité des renseignements sur la santé. Plus cette situation persiste, plus il sera difficile de la corriger.

Maintenant que le mandat de la CRSS tire à sa fin, la Commission demeure engagée face à l'urgence et à l'importance d'une nouvelle stratégie de gestion de l'information sur la santé pour le système de santé de l'Ontario. Elle reconnaît l'énormité et la complexité du défi ainsi que l'investissement considérable qu'il représente. Toutefois, il n'y a aucun doute quant au fait que l'élaboration d'un système de gestion de l'information sur la santé est la priorité numéro un pour développer un meilleur système de santé. Un tel système promet de nombreux avantages pour les consommateurs, les prestateurs de soins, les gestionnaires et le gouvernement. Sans gestion des renseignements sur la santé, aucune réforme ou élaboration de système n'est possible.

ACTION 5 :
METTRE EN ŒUVRE UN NOUVEAU MODÈLE QUI ASSURE LA PRESTATION DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES COMPLETS

> ***Soins primaires*** **: Le premier point de contact des Ontariens avec le système de soins de santé. Il s'agit du fondement d'un système vraiment intégré de services de santé et d'une composante essentielle d'amélioration du suivi des soins.**

Stratégies

☑ Mettre en œuvre la *Stratégie pour la réforme des soins primaires* (décembre 1999) de la CRSS à l'échelle de la province et d'une façon planifiée et globale au cours des six prochaines années.

☑ Établir un comité de mise en œuvre et de suivi formé de représentants externes de consommateurs, de professionnels de la santé et de gestionnaires des soins de santé pour mettre en œuvre la stratégie. Soutenir le comité par un secrétariat et le faire relever directement du ministère de la Santé.

☑ Identifier un leader qui possède l'autorité voulue pour apporter les changements proposés et qui est chargé de diriger la transition opérée dans les soins primaires, tout en s'assurant que le gouvernement donne une priorité élevée aux soins primaires et que ces derniers bénéficient de l'appui total des groupes représentant aussi bien les fournisseurs que les consommateurs.

Discussion

Les activités liées aux soins primaires en Ontario sont de grande envergure et exigent de nombreuses ressources. De plus grandes exigences sont imposées sur les soins primaires en raison de facteurs tels que la population vieillissante, la prévalence des maladies chroniques, le rôle plus déterminant joué par les consommateurs et la restructuration des hôpitaux.

Depuis des décennies, les soins primaires ont fait l'objet de nombreuses études et de multiples débats en Ontario. Beaucoup de ces études ont fait des recommandations et sont arrivées à des conclusions semblables. *Il semble y avoir un solide consensus pour élaborer un système de soins primaires coordonné et l'intégrer aux autres niveaux de soins de santé, y compris les services spécialisés et communautaires.* Malgré ce consensus prônant le besoin de changement et dressant la liste des éléments nécessaires pour apporter les réformes proposées, peu de progrès substantiels ont été réalisés pour ce qui est d'améliorer les services de soins primaires en Ontario.

La stratégie élaborée par la CRSS en ce qui concerne la réforme des soins primaires n'est pas nouvelle. La plupart de ses caractéristiques se retrouvent dans tous les autres modèles de soins primaires proposés antérieurement. L'approche adoptée par la CRSS en ce qui concerne les soins primaires est la suivante :

- mettre les Ontariens au centre des préoccupations et leur permettre de jouer un rôle actif dans les soins de santé qui leur seront prodigués;

- ajouter aux forces et aux attributs positifs des modèles de soins primaires courants;
- définir les principales conditions nécessaires pour soutenir le changement (p. ex. la formation des professionnels de la santé);
- élaborer une stratégie globale et planifiée de mise en œuvre de la réforme des soins primaires dans l'ensemble de la province au cours des six prochaines années.

En décembre 1999, la CRSS a publié son rapport intitulé *Stratégie pour la réforme des soins primaires*. La stratégie comprenait une vision et des objectifs pour les soins primaires (voir la figure XII-3) et identifiait cinq caractéristiques essentielles et cinq mécanismes de soutien en plus des facteurs de réussite déterminants pour une mise en œuvre réussie de la stratégie. Au total, 29 recommandations ont été faites relativement à l'élaboration d'un système de soins primaires.

Figure XII-3 : Vision et objectifs pour les soins primaires

Tous les Ontariens auront accès à des soins primaires complets. Les soins primaires constitueront le point d'entrée dans le système et assureront la liaison avec le reste du système.

Buts :

1. Permettre aux consommateurs de prendre une part active à la promotion de leur santé et à leurs soins de santé.
2. Offrir des soins de grande qualité.
3. Fournir un accès rapide aux services de soins primaires.
4. Accroître la continuité et la coordination des soins primaires avec les autres niveaux de soins de santé.
5. Faciliter l'utilisation efficiente et appropriée des ressources humaines et financières.
6. Établir l'obligation de rendre compte de l'accessibilité, de la qualité et de la rentabilité des services de soins primaires.

Les cinq caractéristiques essentielles de la stratégie pour la réforme des soins primaires sont les suivantes :

- ***Accès à un éventail défini de services de soins primaires complets.***

- ***Services accessibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7,*** le service de triage téléphonique constituant le fer de lance de cette formule de soins primaires.

- ***Professionnels de la santé travaillant dans des centres de soins primaires***, et offrant des soins primaires complets à une population définie. Ces groupes comprendront des médecins et des infirmières et infirmiers ainsi que d'autres professionnels de la santé qui s'investiront directement dans la prestation des services fournis au centre de soins primaires.

- ***Les consommateurs s'affilient au médecin de premier recours ou à l'infirmière ou l'infirmier de premier recours de leur choix***, lesquels font partie du même centre.

- ***Les centres de soins primaires organisés comme des groupes interprofessionnels de fournisseurs de soins primaires*** qui partagent des objectifs communs, contribuent d'une manière coordonnée en conformité avec leurs compétences et leurs habiletés et respectent les fonctions et les contributions distinctes des autres. Les médecins de premier recours et les infirmières et infirmiers de premier recours formeront le noyau de fournisseurs de chaque centre, auquel viendront s'ajouter d'autres fonctions de soutien cliniques et administratives pour répondre aux besoins de la population affiliée en matière de soins primaires complets.

Les cinq mécanismes de soutien qui visent à garantir le succès des centres de soins primaires sont les suivants :

- ***Financement des centres basé sur la population*** dans le cadre duquel le financement est accordé directement au centre, lequel détermine ensuite la méthode de rémunération convenant aux différents fournisseurs du centre. Le financement comprend : 1) le financement fondé sur la population (capitation) pour payer le noyau de soins de santé primaires dispensés; 2) le financement destiné aux programmes qui vont au-delà du groupe essentiel de services afin de répondre aux besoins précis d'une collectivité définie ou de consommateurs qui sont difficiles à affilier; 3) les paiements à la séance au centre pour d'autres services, tels que les services d'urgence, l'aide en chirurgie, les consultations de télémédecine ainsi que les visites aux foyers, aux hôpitaux et aux établissements pour soins de longue durée; et 4) un système d'incitatifs à verser lorsque les objectifs de qualité convenus sont atteints pour des domaines définis.

- ***Éducation*** pour appuyer la création de centres et les aider à répondre aux besoins de leurs consommateurs affiliés. Le MSSLD doit investir d'une façon suivie et stable dans la formation des infirmières et infirmiers de premier recours en Ontario. Un groupe de travail définira les initiatives d'éducation qui appuieront la stratégie. Le groupe de travail élaborera des stratégies visant à augmenter les possibilités d'accès à la formation pour les infirmières et infirmiers de premier recours, à soutenir la formation polyvalente des sages-femmes et des infirmières et infirmiers et à soutenir les perspectives d'apprentissage coopératif parmi les professions de la santé. Le groupe de travail élaborera et recommandera également des programmes didactiques portant sur la manière de travailler efficacement au sein de groupes de fournisseurs interprofessionnels, des programmes didactiques visant à accroître les compétences des fournisseurs de soins de santé et des stratégies portant sur la manière dont les centres peuvent éduquer les consommateurs affiliés pour leur permettre de demeurer en santé.

- ***Gestion de l'information*** pour soutenir la saisie en temps réel de l'information sur la santé axée sur les consommateurs, de même que l'échange sûr de renseignements exacts et pertinents dans le cadre de la prestation des soins. Les centres devraient avoir un accès électronique à l'information des laboratoires et à l'information sur les médicaments et les CASC locaux et les CRS devraient élaborer des annuaires de ressources communautaires destinés à permettre aux centres d'organiser les meilleurs services possibles pour leurs populations affiliées.

- ***Mécanismes de coordination des soins*** qui comprennent : 1) un dossier médical (chaque centre met à jour le dossier médical de chaque consommateur, en plus d'en être le gardien, et le consommateur est propriétaire de l'information et détermine qui peut y avoir accès; 2) des ententes entre les centres de soins primaires et d'autres organismes et fournisseurs de soins de santé qui offrent différents niveaux de soins; et 3) des protocoles et des parcours de soins qui tiennent compte en particulier des points de transfert lorsque les consommateurs sont transférés d'un niveau de soins à un autre.

- ***Mécanismes de responsabilité*** qui comprennent une responsabilité mutuelle entre les centres et les membres affiliés, une responsabilité des centres devant le MSSLD, les obligations des centres relativement à l'administration et la gestion de leurs activités et à l'amélioration de la qualité.

La stratégie pour la réforme des soins primaires a élaboré trois modèles possibles de centres de soins primaires. Le nombre de médecins et d'infirmières et infirmiers de premier recours qui composent le noyau de fournisseurs diffère dans les trois modèles, l'équipe pouvant compter de quatre à huit fournisseurs de la façon suivante :

	POPULATION	Noyau de fournisseurs	Population affiliée
Régions urbaines	>15 000	6 médecins, 2 infirmières et infirmiers de premier recours	1 874 consommateurs affiliés par médecin ou infirmière ou infirmier de premier recours
Régions rurales	Au moins 5 000[82]	2 médecins, 2 infirmières et infirmiers de premier recours	1 331 consommateurs affiliés par médecin ou infirmière ou infirmier de premier recours
Régions éloignées	Toute autre	1 médecin, 3 infirmières et infirmiers de premier recours	1 178 consommateurs affiliés par médecin ou infirmière ou infirmier de premier recours

[82] Le CSP est un emplacement physique à une distance de moins d'une heure.

Un plan de mise en œuvre proposé et élaboré par la CRSS indique les activités visant à mettre en œuvre la stratégie et les organismes responsables pour ces activités. La première année du plan comprend :

- communiquer le soutien de la stratégie;
- mettre en place une structure destinée à soutenir les activités de mise en œuvre; et
- préparer le terrain pour aller de l'avant.

Au cours des années deux à six, des centres sont créés d'un bout à l'autre de la province d'une façon planifiée.

Bien que la plupart des caractéristiques de la stratégie pour la réforme des soins primaires de la CRSS se retrouvent dans tous les autres modèles de soins primaires proposés antérieurement, la stratégie comprend tout de même un certain nombre de caractéristiques qui lui sont propres :

- **Rôle plus important joué par le personnel infirmier**. Les soins primaires sont dispensés en association par les médecins et les infirmières et infirmiers de premier recours, et non par l'un ou l'autre, et chacun utilise ses connaissances et ses compétences particulières. Ce noyau de fournisseurs est enrichi par les autres professionnels de la santé dans le cadre d'une formule de collaboration qui fait un meilleur emploi des compétences des professionnels de la santé (en particulier celles des infirmières et infirmiers), qui améliore l'accès aux services de santé de premier recours et qui diminue la dépendance à l'égard des services d'urgence.

- **Véritables centres de soins primaires dotés de structures administratives de soutien**. Cette caractéristique augmente le soutien professionnel accordé par les pairs, mène à l'amélioration de la qualité des soins et permet au système de réaliser des économies.

- **Meilleures conditions de travail pour les médecins de premier recours.** Cela comprend un système de rémunération intéressant et prévisible, des stimulants financiers offerts aux médecins qui ont atteint les objectifs fixés en matière de qualité, de même qu'une assistance sous forme de capitaux et de services de soutien (frais généraux des centres). Ces incitatifs visent à encourager les membres des centres de soins primaires à s'installer dans les mêmes locaux.

- **Flux de financement au groupe basé sur l'importance de la population affiliée qui est desservie**. Tout en continuant de respecter la nature individuelle de la relation médecin/patient et infirmière, infirmier de premier recours/patient, une telle mesure souligne la responsabilité du groupe quant à l'état de santé de la population affiliée et aux soins de santé qui lui sont prodigués. Elle encourage et permet le choix du mode de rémunération qui convient le mieux aux membres de chaque centre de soins primaires.

- **Mise en œuvre de la stratégie à l'échelle de la province**. Des progrès peuvent et doivent être réalisés plus rapidement si les soins primaires veulent être en mesure de répondre aux besoins de la population de l'Ontario, qui sont en train d'évoluer, et de contribuer à la création d'un système de santé réellement intégré.

ACTION 6 :
ENCOURAGER ET APPUYER UNE MEILLEURE INTÉGRATION ET COORDINATION DANS L'ENSEMBLE DU SYSTÈME EN :

A : AJOUTANT AUX EFFORTS DANS LES COLLECTIVITÉS

Stratégies

✓ Identifier un leader au MSSLD responsable de l'intégration du système de santé.

✓ Établir un programme annuel de subvention concurrentiel qui accorde des capitaux d'amorçage aux collectivités qui entreprennent des initiatives d'intégration.

Discussion

L'Ontario est doté d'un vaste réseau d'organismes et de fournisseurs de soins de santé consciencieux qui exercent leurs activités tout à fait indépendamment les uns des autres. Diverses dispositions existent afin de relier les groupes d'organismes ou de fournisseurs à l'intérieur de réseaux ou d'alliances, mais la véritable interdépendance et l'interaction qui caractérisent un système de services de santé performant n'existent pas.

Une bonne partie du travail de la CRSS a été de faire progresser l'intégration et les services coordonnés. Cela comprend la restructuration des hôpitaux, les conseils et recommandations relatifs aux réseaux hospitaliers en milieu rural et dans le Nord, la stratégie de gestion de l'information sur la santé et la stratégie pour la réforme des soins primaires. Ces activités ont favorisé la création d'une base stable pour l'intégration à l'aide de *plusieurs assises*. Cependant, la Commission en est venue à la conclusion que le développement de l'intégration des collectivités constituait une assise supplémentaire devant composer la base. Des approches locales et ascendantes en matière d'intégration sont activement adoptées par des collectivités. Le fait d'identifier et d'encourager ces initiatives a eu comme conséquence de fournir des preuves concrètes quant aux éléments nécessaires à une intégration réussie au niveau des collectivités.

La CRSS a soutenu des projets d'intégration verticale dans plusieurs collectivités et a exploré des initiatives innovatrices d'intégration existantes en Ontario. Des études de cas et les leçons apprises sont indiquées dans le rapport de la CRSS intitulé *Advancing Community Integration: Experiences and Next Steps*.

Soutien des projets d'intégration verticale dans des collectivités locales

La figure suivante résume les projets clés faisant partie de cette initiative par collectivités.

Figure XII-4 : Projets d'intégration dans les collectivités

COLLECTIVITÉ/ PARTENAIRES	PROJET
Durham ▪ Durham Access to Care ▪ Lakeridge Health Care Corporation ▪ Durham Region Health Care Group	**Intégration des services de soins palliatifs dans la région de Durham** • Unir ses efforts avec ceux de la région de Durham dans les buts suivants : • élaborer un processus pour l'intégration des services de soins palliatifs au niveau des collectivités; et • identifier les lacunes dans la prestation des services de soins palliatifs et les stratégies pour y remédier.
Kingston ▪ Health Care Network of Southeastern Ontario	**Intégration dans le domaine du diagnostic et du traitement des cancers précoces de la prostate et du sein dans le Sud-Est de l'Ontario** • Examiner les activités actuelles et identifier les améliorations concernant : • les rapports et les mécanismes de coordination entre les fournisseurs de service y compris ceux qui travaillent dans le domaine des soins préventifs, des soins primaires et des soins de soutien; • l'information (une base de données et un registre régionaux en temps réel sur le cancer); et • les mécanismes de prises de décisions opportunes régionales et coordonnées.
London ▪ CRS de la vallée de la Thames ▪ CRS dans Essex/Kent/Lambton ▪ CRS dans Grey/Bruce/Huron/Perth ▪ Comité exécutif mixte (hôpitaux de London)	**Intégration grâce à l'élaboration d'un réseau de traitement et d'éducation sur le diabète dans le Sud-Ouest de l'Ontario** Exercer les activités dans la vallée de la Thames et dans le Sud-Ouest de l'Ontario en vue : • d'identifier les centres de coordination régionaux, les centres communautaires de traitement et d'éducation sur le diabète et les algorithmes de pratique; et • de piloter un système médical électronique sur le diabète comme une fiche médicale, un outil de collecte de renseignements et une base à partir de laquelle un registre des patients peut être créé.
Sault Ste. Marie ▪ Groupe de travail formé de l'hôpital Plummer Memorial et de l'Hôpital général, du Group Health Centre, de l'Algoma District Medical Group et du Centre d'accès aux soins communautaires	**Exploration des services de santé intégrés dans Sault Ste. Marie** Explorer un système de santé intégré en procédant à des recherches préliminaires, en élaborant des stratégies, en identifiant les sources de financement, en clarifiant les rôles et les responsabilités et en recommandant un modèle de services de santé intégré à Sault Ste. Marie.

COLLECTIVITÉ/ PARTENAIRES	PROJET
Timmins ▪ Hôpital de Timmins et de district ▪ Santé publique ▪ Trois conseils scolaires ▪ Children's Mental Health Agency	**<u>Élaborer une approche intégrée visant les enfants présentant des problèmes d'apprentissage et de comportement dans Timmins</u>** • Élaborer des directives cliniques fondées sur l'expérience à l'échelle de la collectivité concernant les enfants qui peuvent souffrir de problèmes d'apprentissage et de comportement; • Élaborer des stratégies d'enseignements à la collectivité afin d'accroître la sensibilisation du public; et • Élaborer les compétences d'évaluation afin de reconnaître les problèmes et les soumettre au traitement approprié.
Toronto ▪ Conseil régional de santé du Toronto métropolitain ainsi que les réseaux de services de santé suivants à Toronto : 1) Partners for Health; 2) The Community Health Network of West Toronto; 3) South East Toronto Project; 4) Community Health Assessment and Improvement Network; 5) West End Health Alliance; 6) West End Urban Health Alliance; et 7) Scarborough Growing Healthy Together Coalition.	**<u>Documenter les expériences d'intégration des réseaux de Toronto</u>** Documenter les expériences d'intégration de sept réseaux de santé bien établis à Toronto en vue : • d'examiner leur histoire et leur structure; et • d'identifier les obstacles à l'intégration et les possibilities d'intégration, les facteurs de succès et les leçons apprises concernant l'intégration.

De plus, trois initiatives d'intégration innovatrices ont été examinées pour mieux comprendre l'intégration:

- Co-ordinated Stroke Strategy (Fondation des maladies du coeur);
- Northeast Ontario Integration Task Force (Santé mentale);
- Algonquin Health Services.

Facteurs qui favorisent une intégration communautaire réussie

Les initiatives d'intégration de la CRSS ont fourni un aperçu précieux des facteurs qui ont permis d'atteindre et de maintenir une intégration communautaire. Nous nous pencherons sur cinq de ces facteurs :

- *Qu'est-ce qui pousse les organismes à se présenter à la table et à y demeurer?*
- *Qui est à la table?*
- *Qu'est-ce que les organismes apportent à la table?*
- *Quelles sont les structures nécessaires? et*
- *Comment faire pour s'en tenir à des attentes réalistes?*

Qu'est-ce qui pousse les organismes à se présenter à la table et à y demeurer?

- **Un catalyseur de changement**. Une raison doit pousser les organismes à se réunir pour discuter de la possibilité de changer leur façon d'agir. La CRSS a joué le rôle de catalyseur pour les efforts d'intégration des projets d'intégration communautaire simplement parce qu'elle a mené un certain nombre de travaux préliminaires de concert avec les collectivités et a fourni un modeste financement visant à stimuler les initiatives d'intégration.

- **Une approche d'intégration acceptée de tous.** Il existe différentes approches d'intégration, chacune se concentrant sur un élément différent et développant l'intégration à différents niveaux. L'approche sélectionnée détermine les objectifs qui sont fixés, les stratégies et l'effort nécessaire afin de faire progresser l'intégration et les obstacles qui doivent être surmontés. Les approches de niveau local et global ont été mises en évidence dans les différents projets communautaires. De même, deux types d'activités d'intégration se révélèrent, soit l'intégration par programme et l'intégration par structure. *Intégration par programme* – approche de niveau local – a réuni des organismes qui offraient différents types et niveaux de soins à des personnes avec un même état clinique. *Intégration par structure* – approche de niveau global – a mis l'accent sur le niveau de l'organisme. Généralement, les discussions ont porté sur une autorité partagée et commune et des ententes de gestion qui amélioraient les façons de faire, promouvraient les services intégrés et qui amélioreraient la qualité des soins offerts.

- **Une intention et des buts communs.** Les projets d'intégration qui ont connu du succès comportaient une intention commune et des buts acceptés de tous.

- **Activités acceptées de tous pour atteindre les buts fixés.** Les initiatives d'intégration qui ont connu du succès comportaient un plan d'action clair qui prévoyait des activités acceptées de tous, des priorités d'action, des résultats prévus et des échéances. Ces éléments ont eu une importance fondamentale lorsqu'il est venu le temps de traduire un concept visionnaire d'intégration en réalité.

- **Disponibilité et désir de tendre vers une intégration.** Les organismes et les institutions de soins de santé de chaque collectivité faisaient preuve de différents niveaux de *disponibilité* relativement aux activités d'intégration verticale et démontraient un *désir* variable de participation à ces activités.

Qui est à la table?

- **Un leader.** Un leader a été essentiel pour orienter l'initiative d'intégration et assurer que les activités avaient été effectuées. La probabilité de succès du projet d'intégration était plus grande lorsque le leader prenait le temps de s'assurer que le travail avait été fait.

- **La bonne combinaison de participants.** Une intégration réussie reposait sur la participation d'un vaste éventail de fournisseurs. Les fournisseurs ne devaient toutefois pas tous prendre une part active dans tous les aspects de l'initiative d'intégration. Généralement, plus les membres étaient nombreux, plus le travail était long pour fixer le but commun, les priorités et les activités acceptées de tous. La participation aux initiatives d'intégration a entraîné de meilleurs résultats lorsqu'il existait un certain degré de fluidité parmi les participants.

- **Désir de mener des activités d'intégration en tant que partenaires.** Une intégration réussie repose sur le principe que tous les participants sont égaux et qu'ils visent un objectif commun. Dans bon nombre de projets communautaires, nous avons pu remarquer une inégalité entre les fournisseurs de service des institutions et ceux des collectivités. Les collectivités qui ont reconnu cette inégalité et qui y ont apporté des correctifs ont connu plus de succès relativement à l'intégration.

Qu'est-ce que les organismes apportent à la table?

- **Ressources humaines et financières.** Les activités d'intégration nécessitent des ressources – temps, employés ou financement – et nous avons remarqué que ces ressources n'étaient pas suffisantes dans les organismes pris individuellement. L'intégration nécessitait habituellement des ressources supplémentaires qui devaient être réaffectées à partir de travaux en cours. Bon nombre d'initiatives d'intégration ont été couronnées de succès grâce à la participation du personnel des organismes qui ont mis à profit leur expertise et leur temps.

- **Attitudes et motivations appropriées.** Les approches volontaires visant une plus grande intégration devaient reposer sur la confiance et le respect entre les partenaires. Les réticences à développer des partenariats et une vision partagée avaient souvent comme fondement la peur d'intentions cachées ou encore des comportements et des actions qui dénotaient la poursuite d'intérêts personnels plutôt que les intérêts du consommateur de soins de santé – les bénéficiaires plutôt que les fournisseurs de soins.

Quelles sont les structures nécessaires?

- **Structures efficaces, appropriées et flexibles.** Dans un certain nombre de projets d'intégration communautaire, des structures de relations de travail et formelles ont dû être élaborées dans le cas d'organismes qui n'avaient pas eu l'occasion de travailler ensemble régulièrement dans le passé. Un équilibre a dû être atteint entre les structures qui devaient être assez formelles pour apporter la discipline nécessaire à l'exécution de la tâche en cours et celles qui devaient être assez flexibles pour ne pas faire obstacle au progrès.

Comment faire pour s'en tenir à des attentes réalistes?

- **Engagement à fournir le temps et l'énergie appropriés.** Le fait de décider quelle activité d'intégration précise devait être entreprise a nécessité un certain temps de négociation, généralement entres des parties ayant des intérêts opposés et des perpectives différentes. Il a également fallu consacrer du temps à l'élaboration de relations de travail entre des organismes qui n'avaient pas eu l'occasion de travailler ensemble régulièrement dans le passé ou qui n'avaient pas établi de structures formelles quant à la façon d'aborder les possibilités d'intégration.

- **Buts réalisables.** L'établissement de buts réalisables pour l'intégration a été grandement facilité par le temps, l'énergie et les ressources que les organismes étaient prêts à consacrer au processus. Les buts ambitieux qui allaient au-delà de la disponibilité et du désir des partenaires n'ont pas été atteints.

- **Reconnaître les limites du soutien public.** On pensait généralement que le désir et la disponibilité du gouvernement à soutenir les initiatives d'intégration verticale avaient une influence sur le succès ou l'échec des nouvelles initiatives. Les collectivités qui ont connu le plus de succès ont reconnu les limites du soutien public et n'ont pas utilisé ces limites comme une excuse pour éviter de participer aux initiatives d'intégration locales.

D'après l'expérience de la CRSS en matière de projets d'intégration, il est clair que les collectivités peuvent effectuer beaucoup d'intégration à un niveau local. Toutefois, ces efforts peuvent être améliorés de façon significative en :

- identifiant un leader au MSSLD qui est responsable de l'intégration et avec qui les collectivités peuvent communiquer; et
- établissant un programme annuel de subvention concurrentiel qui accorde des capitaux d'amorçage aux collectivités qui proposent et entreprennent des initiatives d'intégration locales.

B : RENFORCANT LES RÉSEAUX UNIVERSITAIRES DES SCIENCES DE LA SANTÉ

Stratégies

☑ Les centres et les réseaux universitaires des sciences de la santé jouent un rôle capital dans la création d'un système de services de santé intégré plus fort. Il est grand temps et tout à fait dans l'intérêt de la population de l'Ontario que le MSSLD établisse les mécanismes nécessaires à la collaboration avec ces entités pour leur permettre d'atteindre leur plein potentiel.

☑ Appliquer les recommandations du Comité coordonnateur provincial des relations entre les collectivités et les centres hospitaliers universitaires dans les rapports intitulés : [83]

- *Sustaining Ventures for Their Communities (1995)*, et
- *Funding Academic Heath Science Networks: An Investment in the Future (1997).*

Ces rapports comprennent un certain nombre de recommandations qui n'ont pas encore été mises en pratique en vue de s'attaquer à la planification des ressources humaines en matière de santé, aux mécanismes de financement pour les CUSS et aux approches de mise en œuvre qui devraient être suivies pour rendre plus efficaces les rôles et les responsabilités de tous les CUSS en Ontario.

Discussion

L'Ontario compte cinq CUSS et ces derniers se trouvent dans les villes qui comportent des universités avec des facultés de médecine ou de sciences de la santé, soit Kingston, Hamilton, London, Ottawa et Toronto. On a longtemps reconnu que les CUSS s'acquittaient de trois responsabilités principales :

- l'éducation des futurs médecins et des autres professionnels de la santé;
- l'exécution de recherches médicales (services de base, cliniques et de santé) et de développement; et
- la prestation de services cliniques très spécialisés et évolués (tertiaire et quaternaire).

---

[83] Comité coordonnateur provincial des relations entre les collectivités et les centres hospitaliers universitaires : *Ontario's Academic Health Science Centres: Sustaining Ventures of Their Communities* (1995) et *Funding Academic Heath Science Networks: An Investment in the Future* (1997).

Toutefois, on remarque une certaine carence quant à la quatrième responsabilité qui est compatible avec leur nature en tant que « partenaires des institutions » -- principalement les hôpitaux et les universités, et qui prévoit des fonctions de services universitaires et cliniques. Cette responsabilité constitue un leadership en changement et comprend l'anticipation et la relève des défis posés par les changements et les besoins ainsi qu'un rôle de leadership au cours du processus de changement.

Dans sa recherche de façons et de moyens d'améliorer la coordination et l'intégration au sein de notre système de santé, la CRSS a exploré le rôle pouvant être joué par les CUSS. Plus particulièrement, la Commission voulait savoir si les cinq centres de l'Ontario pouvaient être des chefs de file dans la formation des nouveaux rapports organisationnels pour créer, à l'intérieur de leur région, les conditions d'amélioration de la qualité et une plus grande coordination et intégration.

En janvier 2000, la CRSS a organisé un atelier auquel ont participé des représentants de chacun des cinq CUSS de l'Ontario, le MSSLD, les hôpitaux communautaires et un certain nombre d'organismes communautaires. Les questions soulevées dans l'atelier ainsi que le travail amorcé au cours de la phase 1 du mandat de la CRSS dans chacune des cinq collectivités comprenant un CUSS ont été utilisés dans les délibérations de la CRSS.

Bien que la CRSS n'ait pas été en mesure d'exécuter une étude approfondie avant la fin de son mandat, les perspectives et les observations suivantes, initiales et préliminaires, ont pu être établies quant au rôle futur de ces centres comme chefs de file en matière d'intégration :

- **Les CUSS doivent être munis d'un mandat et des ressources nécessaires à leur transformation en vrais réseaux**. C'est particulièrement vrai dans le cas des centres à l'extérieur de Toronto où les *Réseaux universitaires des soins de la santé* (RUSS)[84] régionaux doivent couvrir de grandes portions de la province.

---

84 On a beaucoup écrit sur les réseaux universitaires des sciences de la santé (RUSS) quant à la vision d'avenir des centres universitaires des sciences de la santé (CUSS). Le rapport du Comité coordonnateur provincial des relations entre les collectivités et les centres hospitaliers universitaires de 1995 intitulé *Ontario's Health Science Centres: Sustaining Ventures for Their Communities* abordait la création de RUSS comme réseaux : qui favorisent les partenariats de travail fondés sur des buts communs, avec un sentiment commun de leadership plutôt que des rapports centralisés ou hiérarchiques; qui adoptent une approche basée sur les besoins plutôt que sur l'offre; qui permettent aux institutions qui font maintenant partie des CUSS (de même que celles qui feraient partie du réseau) de travailler ensemble et d'utiliser le plus efficacement possible les compétences, les connaissances et les ressources disponibles pour les soins aux patients, la recherche et l'éducation; qui comprennent un ensemble d'interconnexions, notamment des organismes comme les hôpitaux d'enseignement, les hôpitaux communautaires, les services de santé, les institutions de soins de longue durée, les fournisseurs ou les organismes de soins de santé communautaire, les conseils régionaux de santé et d'autres planificateurs de services de santé, les chercheurs et les entreprises du secteur privé dans le domaine de la santé, les facultés professionnelles de sciences de la santé, les collèges d'arts et de technologies appliqués qui enseignent aux professionnels de la santé et les écoles secondaires.

- **Les CUSS ont les atouts et les moyens nécessaires pour être des chefs de file et pourraient le devenir s'ils étaient dotés d'un mandat élargi et qu'on attendait d'eux un rôle plus important dans la modification du système.** Les CUSS jouent un rôle important dans l'édification du système et l'élaboration de rapports organisationnels menant à une coordination et à une intégration améliorées des soins aux patients. Le contexte actuel appelle un élargissement de la portée des CUSS pour assurer le succès des missions académiques de recherche, d'éducation et de soins aux patients. Cet élargissement de leur rôle serait grandement facilité si ces centres étaient dotés d'une responsabilité formelle et des ressources nécessaires à leur conversion en *réseaux*.

- **Divers obstacles et facteurs de dissuasion doivent être abordés pour faire progresser le concept de réseau universitaire des soins de la santé.** Les réseaux ne se sont pas développés aussi rapidement qu'il a été proposé pour diverses raisons, dont certaines varient d'un centre à un autre. Au cours des dernières années, la plupart des collectivités ont été préoccupées par les questions de réforme et de restructuration. Les systèmes de financement en place présentent une faible coordination et ne permettent presque aucune flexibilité quant au transfert du financement d'une composante du « système » à une autre. Il existe également énormément de peurs et de malaises relativement à cette tâche considérée comme étant « pénible » qu'est la réunion d'un vaste éventail d'organismes et de fournisseurs dans le but d'aborder les changements devant être apportés au système.

- **Les universités et les hôpitaux d'enseignement qui constituent aujourd'hui les CUSS de l'Ontario représentent un investissement important; toutefois, leur potentiel n'est que partiellement exploité**. Cette situation s'explique grandement faute d'un mandat clair établissant les attentes du gouvernement face à ces centres ou ces réseaux dans la poursuite des buts et des objectifs à l'échelle du système. De plus, ils ne sont pas munis des outils nécessaires à l'atteinte de ces buts. Par exemple, ils doivent être dotés d'un mandat renforcé leur permettant de jouer un rôle clé dans la création d'une capacité de planification à long terme et raisonnable en Ontario pour assurer des ressources humaines en matière de santé suffisantes et, par la suite, une mise en œuvre de ces plans.

ACTION 7:
ÉLABORER ET APPLIQUER UNE STRATÉGIE D'AMÉLIORATION DE LA RESPONSABILISATION ET DU RENDEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ

Stratégies

☑ **Évaluer les rapports entre les composantes du système et à quel point des améliorations ont été apportées à la coordination des services et au suivi des soins.**

> *L'amélioration de la performance du système de santé doit adopter une perspective de système intégré qui reconnaît l'importance des éléments individuels du continuum de service, mais, encore plus important, les interdépendances et les rapports entre ces éléments. Bien que les évaluations des organismes individuels soient importantes, ces initiatives d'évaluation ne doivent pas être simplement combinées dans le but de déterminer les aspects de la performance du système de santé pouvant être améliorés. En effet, l'ensemble constitue (ou devrait constituer) plus que la somme de ses parties.*

☑ Établir un **Conseil pour l'amélioration du système de santé** ayant pour but d'assurer, de surveiller, d'évaluer et d'améliorer la performance du système de santé en Ontario.

> *Les fournisseurs du continuum de service devraient être responsables de l'amélioration de la performance de ses membres. Toutefois, l'amélioration du système ne devrait pas relever de la responsabilité d'une seule personne ou d'un groupe de fournisseurs sélectionné. Aucun groupe de fournisseurs, d'organismes ou d'institutions n'est doté de la perspective nécessaire pour soutenir l'amélioration globale continue du système de services de santé.*

Discussion

Une approche rigoureuse et globale visant l'amélioration de la responsabilité et de la performance est essentielle pour permettre à un système de santé dynamique de répondre aux besoins des consommateurs et de s'améliorer continuellement. Un système de services de santé qui est en mesure d'améliorer sa performance continuellement entraîne la prestation de meilleurs services de santé et contribue à améliorer la santé de la population.

L'amélioration de la performance signifie faire mieux et améliorer continuellement des situations, des rapports, des programmes et des services. L'amélioration comprend la notion de responsabilité – *les gens, les organismes, les secteurs, le gouvernement et les systèmes sont responsables de s'assurer que les attentes sont remplies, que les normes sont respectées, que les responsabilités sont respectées et que des changements sont apportés pour le mieux.* Des indicateurs de performance devraient être facilement accessibles pour aider les consommateurs à faire des choix éclairés pour des questions telles que les options de traitement et le choix d'un fournisseur.

Au printemps de 1999, la CRSS a entrepris l'élaboration d'une stratégie bien ciblée visant à améliorer la performance du système de services de santé en Ontario. Les conclusions suivantes ont été tirées :

- **L'évaluation de la performance du système de santé suppose qu'il existe un système à évaluer.** La notion de système met l'accent sur les rapports, les interactions et les interdépendances. L'Ontario est doté d'un vaste réseau d'organismes et de fournisseurs de soins de santé consciencieux et très bons ou excellents qui exercent leurs activités tout à fait indépendamment les uns des autres. Diverses dispositions existent afin de relier les groupes d'organismes et de fournisseurs de soins de santé à l'intérieur de réseaux ou d'alliances, mais la véritable interdépendance et l'interaction qui caractérisent un *système* n'existent pas en Ontario.

- **De nombreuses initiatives d'évaluation des soins de santé sont présentement en cous en Ontario et ailleurs.** Bien que la plupart de ces initiatives reconnaissent les aspects multidimensionnels et les complexités liées à l'évaluation de la performance, elles semblent se rapporter à certains organismes, secteurs ou collectivités en particulier. Bien que ces initiatives soient utiles pour évaluer la performance de leurs secteurs respectifs, les résultats peuvent difficilement s'appliquer à l'évaluation de la performance du système de santé pris globalement.

- **À quelques exceptions près, il y a absence d'indicateurs acceptés de tous et de normes, de modèles et de lignes directrices objectifs à l'aide desquels la performance peut être évaluée.** Des mesures de performance, des mécanismes efficaces de coordination des soins et des objectifs de service de référence ne font actuellement pas partie intégrante des processus décisionnels et des améliorations apportées au système de services de santé. Pourtant, il devrait en être ainsi.

- **Des problèmes méthodologiques entravent l'amélioration du système de santé, parmi lesquels l'absence de données à jour, valides et fiables, l'absence de définition des données et des protocoles de collecte des données et l'utilisation de frontières géographiques *différentes* par les organismes de soins de santé qui participent à l'évaluation de la performance.**

- **On ne sait pas qui est responsable de l'amélioration de la performance du système de santé. Il en résulte immanquablement que personne n'en est responsable!**

Approche de la CRSS en vue d'élaborer une stratégie d'amélioration de la performance du système de santé

L'approche de la CRSS en vue de l'évaluation de la performance du système de santé a été :

- de mettre la population de l'Ontario au centre des préoccupations, reconnaître son droit à des soins de santé accessibles, de tout premier ordre et rentables;
- de soutenir le rôle important des consommateurs dans l'élaboration d'un système de soins de santé de tout premier ordre à l'écoute de leurs besoins;
- d'ajouter aux activités et aux initiatives actuelles qui évaluent la performance des organismes, des secteurs et des collectivités; et
- d'adopter une perspective globale du système pour améliorer la performance.

La stratégie de la CRSS pour améliorer la performance du système de services de santé de l'Ontario identifie le point de convergence et les caractéristiques fondamentales de l'amélioration continue de la performance et indique clairement le responsable de l'amélioration de la performance du système. Cinq facettes importantes ont été abordées dans la stratégie :

1. **Se concentrer sur l'amélioration de la performance du système de santé** : Bon nombre d'initiatives d'évaluation des soins de santé ont été mises de l'avant en Ontario et ailleurs. Habituellement, ces initiatives reconnaissent les aspects multidimensionnels de l'évaluation et l'importance d'un éventail d'indicateurs et de mesures pour évaluer la performance. Les initiatives qui évaluent la performance d'organismes, de secteurs ou de collectivités en particulier se concentrent sur des éléments particuliers du continuum de services. Ces initiatives visent un but important en encourageant l'amélioration à l'intérieur de secteurs et d'organismes. Ces activités devraient continuer d'exister et demeurer de la responsabilité de chaque secteur ou organisme. Toutefois, l'amélioration de la performance du système de services de santé doit adopter une perspective englobant le *système* plutôt qu'une perspective qui se concentre uniquement sur des fournisseurs, des groupes professionnels ou des organismes particuliers.

2. **Identifier les caractéristiques fondamentales de la performance** : L'amélioration du système de santé doit comprendre des indicateurs qui mesurent quatre composantes du système, soit la contribution, le processus, les résultats et la communication des résultats. Bien qu'il soit important d'incorporer des indicateurs dans les quatre catégories, nous avons observé dans les évaluations actuelles que ces dernières ont tendance à aborder les contributions, les processus et certains résultats, mais non la communication des résultats. Les résultats sont rarement utilisés de façon concertée pour apporter des améliorations à la performance. Bien qu'une évaluation efficace de la performance du système de santé aborde tous ces éléments, la catégorie de la communication des résultats fournit des renseignements essentiels sur ce qui fonctionne bien et ce qui ne fonctionne pas bien et identifie les aspects devant être améliorés. Évidemment, la communication des résultats permettant des améliorations doit être fondée sur une connaissance approfondie des résultats. Cet aspect laisse également à désirer dans la plupart des secteurs.

L'amélioration de la performance est une tâche complexe qui implique la connaissance d'un vaste éventail de facteurs multidimensionnels de nature quantitative et qualitative. Les trois critères essentiels devant servir à évaluer la performance du système de santé devraient être la qualité, l'accessibilité et l'abordabilité. Le nombre d'indicateurs à l'intérieur de chacun de ces critères ne devrait pas être trop élevé car cela aurait comme conséquence de rendre les con-clusions sur la performance et les améliorations à apporter moins claires. Un petit nombre d'indicateurs choisis avec soin en fonction de renseignements utiles, précis et à jour sera plus utile aux décideurs qu'un grand nombre d'indicateurs. Les indicateurs de performance du système de santé devraient évaluer les rapports et les lacunes possibles entre les fournisseurs, le mouvement en douceur et efficace des gens à l'intérieur du système et la capacité du système à répondre aux demandes de services.

Le processus d'amélioration de la performance du système de santé devrait *utiliser un petit nombre d'indicateurs précis* qui peuvent être adaptés aux besoins des décideurs à différents niveaux. Bien que la sélection d'indicateurs soit influencée par la disponibilité de données, l'élaboration de sources de données supplémentaires, au besoin, doit être prévue.

3. **Renseignements, modèles et frontières géographiques communes** : Il existe des contraintes méthodologiques qui s'appliquent à la collecte des données de soins de santé et à l'amélioration de la performance. De plus, les frontières géographiques utilisées par les différents organismes qui procèdent à des évaluations en Ontario ne sont pas les mêmes. Étant donné que différents organismes subdivisent la province différemment, il est difficile d'évaluer la performance du système à l'échelle régionale ou locale. Par conséquent, il est essentiel de sélectionner des frontières géographiques communes pour soutenir les activités d'amélioration du système de santé. Ces frontières seront également utilisées pour soutenir d'autres activités du système telles que le programme régional et la planification des ressources.

4. **Accès à l'information** : Le grand public et les consommateurs de soins de santé manifestent un intérêt de plus en plus marqué pour la performance du système de santé. Cet intérêt croissant a été alimenté dans une certaine mesure par la couverture médiatique dramatique des lacunes du système de soins de santé.

   Les indicateurs de performance sélectionnés devraient être significatifs, utiles et dynamiques. Ils devraient également aider à identifier les problèmes critiques et les sources de tension et à déceler les changements au fil du temps. Non seulement doit-on chercher à améliorer la performance future des systèmes par rapport à leurs performances passées, mais des améliorations doivent également être apportées en comparaison avec les autres ressorts (p. ex., comparaisons régionales à l'intérieur de l'Ontario, comparaisons entre l'Ontario et d'autres ressorts). Le fait de comparer la performance au fil du temps et avec celle d'autres ressorts entraînera d'autres améliorations dans le système de services de santé.

   L'évaluation de la performance est stérile à moins que les résultats n'aient des répercussions sur les améliorations apportées. L'une des façons les plus efficaces de s'assurer que la performance du système est améliorée est de fournir les résultats aux consommateurs, aux organismes de soins de santé, aux fournisseurs et autres. Les résultats de l'évaluation auront pour effet d'encourager les fournisseurs à améliorer leur performance et influenceront le comportement des consommateurs lorsqu'ils demandent un service. Les consommateurs de l'Ontario devraient être en mesure d'accéder aux renseignements relatifs à la performance facilement et en tout temps. Les moyens de communication peuvent comprendre les rapports annuels, les assemblées publiques locales et l'accès Internet à des sites Web. L'accès à ces renseignements permettra aux consommateurs de prendre des décisions au sujet de leurs soins de santé et d'évaluer les composantes devant bénéficier d'améliorations.

5. **Responsabilités quant à l'amélioration du système de santé** *:* Bien que les fournisseurs du continuum doivent être responsables de l'amélioration de la performance de leurs membres, l'amélioration du système ne devrait pas relever de la responsabilité d'une seule personne ou d'un groupe de fournisseurs sélectionné. Ces organismes n'ont pas la perspective nécessaire pour soutenir l'amélioration globale continue du système de services de santé.

   La responsabilité de l'amélioration de la performance du système de santé devrait revenir à un organisme indépendant du MSSLD. Le Conseil pour l'amélioration du système de santé devrait être composé de consommateurs, et des fournisseurs devraient agir à titre de conseillers. Le but du Conseil devrait être d'assurer, de surveiller, d'évaluer et d'améliorer la performance du système de santé. Le document intitulé *Strategy for Improving Health System Performance* (mars 2000) de la CRSS comprend le mandat envisagé pour le Conseil.

Section XIII :

Leçons retenues :

Regard sur le passé, regard vers l'avenir

Résumé des résultats

Regard sur le passé

Regard vers l'avenir : Orientations à suivre

Délibérations de la CRSS

CRSS

SECTION XIII : LEÇONS RETENUES : REGARD SUR LE PASSÉ, REGARD VERS L'AVENIR

À travers le Canada, d'autres provinces ont procédé à la restructuration d'hôpitaux principalement en créant des organismes régionaux et en leur donnant l'autorité de prendre des décisions reliées aux hôpitaux ou à une gamme d'autres services de santé. Il est à noter qu'aucune autre province n'a utilisé l'approche mise de l'avant par l'Ontario.

Pendant son mandat de quatre ans, la CRSS a retenu plusieurs leçons. La CRSS désirait partager ces leçons en plus de présenter et définir les besoins nécessaires à la poursuite du processus de restructuration une fois son mandat terminé, c'est-à-dire, en mars 2000. Voici un résumé des leçons retenues par la CRSS pendant son mandat :

- Les points positifs (réussis) de son mandat, de son processus et de ses opérations.
- Les modifications au mandat, au processus et aux opérations qui auraient permis d'améliorer ou de modifier les résultats obtenus.
- La façon de maintenir la progression du processus de mise en œuvre de la restructuration des hôpitaux et des services de santé.

Pour la CRSS, il était important d'aborder ces questions et de mettre en lumière un ensemble de visions permettant de renseigner et conseiller le gouvernement au sujet des étapes subséquentes du processus de restructuration. Pour ce faire, la CRSS a rencontré des commissaires, des dirigeants de la CRSS, des cadres supérieurs du gouvernement (MSSLD), des représentants désignés des hôpitaux et quelques groupes qui ont participé à la restructuration ou ont été touchés par elle. Ces entrevues ont eu lieu en novembre 1999 (voir l'annexe E pour obtenir une liste des personnes rencontrées).

La figure XIII-1 contient les principales questions posées pendant ces entrevues.

Figure XIII 1 : La CRSS – Regard sur le passé, regard vers l'avenir

Regard sur le passé...[85]

1. Décrivez brièvement les aspects positifs ressortant du mandat, des opérations et des processus exécutés par la CRSS?
2. Quels points auraient pu être amélioré?
3. Est-ce que la fin du mandat de la CRSS vous inquiète?
4. Quels sont les problèmes non résolus?

Regard vers l'avenir...

1. Quel moyens faut-il prendre pour assurer la progression continue du processus de restructuration créé par la CRSS et pour répondre à vos interrogations?
2. Avez-vous des opinions particulières à partager au sujet des fonctions qu'il serait nécessaire d'exécuter pour améliorer le système de santé?
3. Si oui, quelles sont ces fonctions? Quels sont les moyens à prendre pour les mettre en œuvre? Qui serait chargé d'effectuer cette opération? Quelle autorité est nécessaire pour exécuter tâche? Quel serait la relation entre les personnes responsables et le ministère, le ministre et le cabinet?
4. Selon vous, le gouvernement serait-il réceptif à ces idées? Existe-t-il une volonté et une capacité pour mettre ce changement en œuvre immédiatement?
5. Seriez-vous d'accord pour que le gouvernement mette ce changement en œuvre?

Les opinions et information recueillies auprès de ces groupes ont permis à la CRSS de formuler des conseils de fin de mandat au gouvernement pour faciliter la poursuite du processus de restructuration des services de santé en Ontario.

Résumé des résultats

Tous les répondants ont indiqué que l'établissement de la CRSS avait été nécessaire pour mobiliser l'effort du processus de restructuration et que la Commission avait bien exécuté son mandat. Pour connaître les impressions recueillis au sujet des éléments qui ont contribué à la réussite du mandat ou des points qui auraient pu être améliorés pendant celui-ci, se reporter aux sections « Regard sur le passé » et « Regard vers l'avenir », plus loin dans le présent document.

---

[85] Essentiellement, les questions reliées à la section «Regard sur le passé» ont été conçues dans le but d'indiquer, aux décideurs qui feront partie d'organisations similaires au CRSS dans le futur, quels éléments du mandat, de l'autorité et du processus ont bien fonctionné et quels éléments doivent être réévalués.

Un fort consensus est ressorti quant aux points suivants :

- Une fois son mandat terminé, la CSSSR doit être dissoute, comme prévu.

- Beaucoup de travail reste à faire dans le processus de restructuration. De plus, il faut régler une variété de problèmes à court terme : problème de direction et de politique adoptées (c'est-à-dire, le besoin de définir une vision claire du système de santé future désiré pour la province), problèmes reliés au besoin d'établir des leviers de financement ou de définir de nouveaux mécanismes de financement (lesquels sont des outils critiques pour tout changement) et problèmes associés au besoin de déterminer clairement les personnes ou organismes responsables des processus de changement et de restructuration.

Il n'y a eu aucun consensus au sujet des personnes ou organismes qui devraient être responsables de poursuivre le processus de restructuration. Un grand nombre des personnes consultées croît qu'il est nécessaire de définir clairement le mandat, les politiques de gestion, les fonctions et les rôles des différents intervenants dans le système de santé. Toutefois, les opinions sont partagées quant au secteurs, aux types d'organisme, aux personnes ou aux centres qui doivent être chargées de mettre en œuvre les changements, la supervision et l'évaluation du système de santé. La gamme d'opinions exprimées rejoignait les deux antipodes suivants :

- Le MSSLD doit être le seul organe (avec la possibilité d'utiliser un organe consultatif) responsable de mettre en œuvre et de modifier toutes les décisions reliées à la restructuration ou à la gestion des services de santé.

- Une Commission, une corporation ou un organisme affilié doté des pleins pouvoirs ou de pouvoirs partiels doit être chargé d'exécuter ces tâches.

Regard sur le passé

Lorsqu'on leur a demandé d'identifier les éléments positifs de la CRSS (c'est-à-dire, les aspects du mandat, des opérations et des processus de la CRSS qui lui ont permis de remplir son rôle), la majorité des répondants ont identifié les points suivants :

- **Autorité conférée par la loi** – Pouvoir législatif pour dicter les fermetures, les regroupements, les transferts ou la consolidation des programmes, ainsi que les changements de sites pour les hôpitaux publics de l'Ontario.

- **Lien** – Établissement de la Commission en tant qu'organisme indépendant du gouvernement quant à la vision, l'analyse, l'action et les décisions qu'il adopte. Le rapport hiérarchique avec le ministre permet à la Commission de lui fournir des rapports au sujet de ses responsabilités imposées par la loi et de lui donner des conseils et des recommandations au sujet de ses autres responsabilités.

- **Composition de la CRSS et opérations de celles-ci** – Des commissaires consciencieux, talentueux et engagés qui travaillent à titre bénévole pour atteindre un but commun; la sélection des commissaires et le leadership du président (le docteur Duncan Sinclair); le personnel énergique et spécialisé de la Commission, ainsi que son aptitude à obtenir des conseils auprès d'expert, au besoin.

- **Processus** –Développement et communication ouverts de la plate-forme utilisée (avec des objectifs et des valeurs précises) pour la prise de décision. Le processus a été transparent du début à la fin, soit en donnant au public un accès continu aux informations reliées aux éléments suivants : développement, processus de révision, renseignements fournis par la communauté ou la population, calendriers publiées, données d'analyse de base (modèles de référence et objectifs de performance) et documentation reliée aux décisions. Pendant la totalité du processus, chaque décision a subi un contrôle préalable. Toutefois, un certain degré de flexibilité a permis d'adapter une décision à des circonstances particulières (p. ex., à l'aide de modèles de direction).

La réponse retentissante suivante a été obtenue : ***La Commission de restructuration des services de santé a fait un travail que n'aurait pu faire, seul ou ensemble, le MSSLD, le gouvernement de l'Ontario et le secteur hospitalier.***

La question *Quels points auraient pu être améliorés*? de la section *Regard sur le passé* n'a pas été posée aux répondants pour qu'ils donnent leur version (après coup) d'un système sans faille, mais bien pour guider les décideurs futurs qui auront à trancher dans des situations similaires. Une analyse détaillée et une prise en considération de ces suggestions pourraient influencer le niveau de succès de l'objectif visé. De plus, le but de cette question n'était pas de solliciter l'opinion des personnes sur les décisions déjà prises mais plutôt sur la conformité du mandat, des opérations et du processus.
Dans ce cas, les répondants ont donné des opinions très variées. Les paragraphes suivants indiquent les réponses par ordre d'importance (c'est-à-dire que la première liste de suggestions correspond au plus grand nombre de répondants, la deuxième liste, au deuxième plus grand nombre de répondants, etc.)

- Le gouvernement aurait dû donner un mandat plus large à la CRSS afin de lui permettre de restructurer un plus grand nombre de services de santé (de l'évaluation des soins primaires jusqu'à la mise en application de la restructuration des hôpitaux).

- Le gouvernement aurait dû fournir à la CRSS le cadre de politique pour la réforme des services de santé ou, à tout le moins, la guider de meilleure façon ou lui donner une vision globale des objectifs visés par la restructuration du système de santé.

- La CRSS aurait dû travailler simultanément sur les phases 1 et 2 de son mandat.

- La CRSS aurait dû émettre plus de *Directives* dans la première année de son mandat (c'est-à-dire, travailler simultanément à la restructuration de plusieurs communautés plutôt que se concentrer sur une seule à la fois).

- Le gouvernement aurait dû donner le pouvoir à la CRSS d'attribuer ou de réattribuer les ressources dès le début afin d'évacuer la perception que son mandat consistait à faire des coupures ou des économies d'argent. Ce pouvoir aurait également aidé la CRSS à trouver des solutions pour les deux volets de la l'opération de restructuration, c'est-à-dire, la restructuration des hôpitaux et le réinvestissement requis pour appuyer celle-ci.

- Le gouvernement aurait dû créer un fonds de réserve ou donner le pouvoir à la CRSS d'autoriser des réinvestissements dans les communautés et ce, au même moment qu'elle émettait les *Directives*. Sinon, le gouvernement, aurait dû harmoniser les processus d'approbation internes (MSSLD , Conseil de gestion du gouvernement, Finance, Cabinet) afin de répondre plus rapidement aux demandes de réinvestissement.

- La CRSS aurait dû prendre plus de temps et plus de soins pour planifier et exécuter son programme de relation publique (c'est-à-dire, de mettre davantage l'accent sur l'éducation du public et gérer de meilleure façon sa relation avec les groupes intéressés).

- La CRSS aurait dû trouver un moyen d'établir un meilleur équilibre entre les statistiques présentées (objectifs rigoureux et évaluation des performances) et les besoins et attentes des diverses communautés, soit en étant plus réceptif aux préoccupations locales.

- Le gouvernement aurait dû établir un fonds de réserve (ou nommer un organisme chargé du financement) ou fournir un autre mécanisme de financement afin de permettre une prise d'action immédiate afin de répondre aux besoins de restructuration matériel découlant des *Directives* de la CRSS.

- Il aurait été souhaitable de compter sur une meilleure relation entre le MSSLD et la CRSS en établissant de protocoles de performance et d'attentes mutuelles.

Même s'ils ne connaissaient pas les plans futurs du gouvernement, la Commission a demandé aux répondants s'ils étaient inquiets de voir le mandat de la CRSS se terminer (mars 2000) et si, selon eux, il fallait régler d'autres problèmes reliés au système de santé. La plupart des répondants ont exprimé un certain niveau d'inquiétude quant à la fin de ce mandat. Toutefois, leurs inquiétudes n'étaient pas principalement reliées à la fin du mandat technique et autorisé de la CRSS en tant que tel, mais portaient plutôt sur les points suivants :

- Absence totale d'organisme (c'est-à-dire, d'une présence physique ou d'une force sur le terrain) pour pousser le gouvernement à poursuivre la mise en œuvre des *Directives* de la CRSS dans les diverses communautés.

- Absence totale d'organisme pour pousser le gouvernement à donner suite aux recommandations de réinvestissements en soins de santé (autres que ceux pour affections aiguës) qui sont nécessaires dans les diverses communautés.

- Absence totale d'organisme pour pousser le gouvernement à donner suite aux conseils de la CRSS reliés à des questions importantes de la politique stratégique (p. ex., les soins primaires, la gestion de l'information, la santé mentale, la santé en région rurale ou du Nord, l'évaluation de la performance du système, etc.).

- Perte de l'expertise apporter par la CRSS en matière de restructuration des services de santé.

- Possibilité que certains hôpitaux profitent de la fin du mandat de la CRSS pour retarder (ou même suspendre) les négociations avec le ministère ou interrompre sur-le-champ la mise en œuvre des *Directives*. Par la suite, ces hôpitaux pourraient retourner à leur ancien mode de fonctionnement, c'est-à-dire en exerçant leur pouvoir de lobbying directement auprès du ministère et de la bureaucratie étatique.

- Possibilité que des ajustements inappropriés (pour les mauvaises raisons) soient apportés aux *Directives*. Ces opérations pourraient alors provoquer une remise en question du bien-fondé des *Directives* dans les communautés qui sont allées de l'avant dans l'effort de restructuration, puis entraîner leur retour en arrière.

- Possibilité que le MSSLD soit incapable de mettre les *Directives* en œuvre de façon équitable, cohérente et opportune.

La phrase suivante résume bien le sentiment exprimé par un grand nombre de répondants : *Le plus grand risque de stagnation du processus de restructuration est l'inaptitude du gouvernement à prendre des décisions difficiles.*

Une multitude d'opinions formulées en réponse à la question «Quels sont les problèmes non résolus? » découlent des inquiétudes exprimées ci-dessus. Selon les répondants, la question la plus urgente à régler est le manque de direction et de leadership dans le processus de restructuration. En effet, le leadership (exprimé précédemment comme élément de vision et de direction de politique) est vu comme étant déficient. Plus particulièrement, les répondants croient fermement que les divers intervenants du système de santé pourraient unir plus facilement leurs efforts en présence d'un leader faisant preuve d'une vision, d'une direction et d'une autorité (ou d'une autorité déléguée) claires et précises pour assurer la mise en œuvre des changements dans le système.

Les personnes interviewées ont également indiqué que *l'informatique et la gestion des données de santé* était également une question importante à examiner. Selon eux, l'accès et le recours à des données pertinentes dans l'ensemble du système de santé favoriseraient une prise de décision plus éclairée.

De plus, les répondants ont souligné qu'il était primordial non seulement d'évaluer les problèmes reliés au système de soins primaires, mais également de mettre en application (dans plusieurs communautés) les conseils de restructuration ou de réinvestissement propres aux services de soins en santé mentale, de soins de longue durée et de soins à domicile.

Il est nécessaire de créer un mécanisme permettant au système de santé restructuré d'améliorer constamment sa performance par l'entremise de procédures *d'évaluation et de contrôle de l'état et des performances de ce système.*

Par ailleurs, les personnes interrogées ont rajouté qu'il était nécessaire et urgent de définir de façon précise *les organismes ou personnes responsables, ainsi qu'un processus particulier, pour la mise en œuvre des Directives de la CRSS* (y compris les prévisions des besoins en capitaux et le financement).

Regard vers l'avenir : Orientations à suivre

Dans la présente section de l'entrevue, la Commission a demandé aux participants de donner leur opinion sur ce qui devrait être fait dans l'avenir pour assurer la poursuite du processus de restructuration amorcé par la CRSS. De plus, la CRSS leur a demandé de traiter des problèmes ou inquiétudes qu'ils avaient identifiés précédemment.

La Commission a obtenu la gamme de réponses suivante :

- De : « Le MSSLD devrait récupérer son autorité et ses responsabilités pour la gestion des services de santé ou de tout autre processus de restructuration nécessaire. »

  à :

- « Il faudrait établir un organisme consultatif composé de personnes hautement qualifiées et dotées d'un niveau de crédibilité élevé dans le système de santé. Cet organisme serait chargé de surveiller de près la restructuration et d'exercer une pression (en personne) sur le gouvernement pour qu'il donne suite à d'autres recommandations de changement dans le système de santé. »

  à :

- « Le gouvernement doit établir des organismes indépendants dotés d'autorité législative leur permettant de mettre en œuvre tout changement nécessaire ».

Après analyse de ces visions divergentes quant à la voie à emprunter pour poursuivre le processus de restructuration, la CRSS a conclu que la plupart des répondants (sinon tous)

pensaient que la solution passait immanquablement par des modifications structurelles au processus. De cette interrogation, quatre modèles structurels sont ressortis comme étant appropriés pour assurer la poursuite de la restructuration et la gestion du système de santé de l'Ontario. Ces modèles sont présentés à la figure XIII-24.

Figure XIII-2: Modèles d'organismes chargés de la restructuration :

OPTION 1 : MSSLD	**OPTION 2 : MSSLD + Établissement d'organisme consultatif indépendant**
- Le MSSLD récupère son autorité et ses responsabilités pour assurer la gestion et la mise en œuvre de la restructuration du système.	- Le MSSLD récupère son autorité et ses responsabilités pour assurer la gestion et la mise en œuvre de la restructuration du système et: - L'organisme consultatif conseille le ministre sur divers sujets, y compris la supervision et l'évaluation su système.
OPTION 3 : Établissement d'un organisme indépendant spécialisé[86]	**OPTION 4 : Établissement d'une société de la Couronne[87]**
- Le MSSLD est responsable de l'administration générale de la majorité des secteurs du système de santé. - Un organisme indépendant spécialisé est établi, lequel est doté de l'autorité législative nécessaire pour mettre en œuvre et gérer les modifications effectuées dans un secteur particulier du système de santé. - Cet organisme fonctionne comme une filiale d'une société de portefeuille importante (le MS) et rend compte directement au ministre et à l'Assemblée législative en leur soumettant annuellement un rapport de performance ou en utilisant tout autre mécanisme prescrit par la loi.	- Cette société est responsable de la plupart des principaux services de santé de la province (ou même de la totalité de ceux-ci), y compris la gestion du système d'information en matière de santé. - Cette société doit être établie par l'Assemblée législative de l'Ontario en plus de se rapporter à celle-ci.

[86] Le terme « spécialisé » indique que le mandat de cet organisme est concentré sur un sujet particulier ou est de durée limitée. Par exemple, il pourrait s'agir d'une Commission de services hospitaliers responsable de tous les éléments liés aux hôpitaux, d'une Commission de gestion de l'information responsable seulement d'élaborer et de mettre en place un système d'information pour le système de santé provincial ou d'une Commission chargé de mettre en œuvre la réforme des soins primaires. De plus, il pourrait s'agir d'une combinaison d'au moins deux des organismes indiqués ci-dessus ou même d'autres programmes, selon les priorités de restructuration définies par le gouvernement.

[87] Le terme « société de la Couronne » indique que la Couronne crée et maintien un intérêt dans cette société en tant que détenteur de biens ou de services publics. À titre d'exemple, il suffit de mentionner Ontario Hydro (établissement originaire), la Société de logement de l'Ontario, la Société des loteries de l'Ontario ou le Conseil des arts de l'Ontario. Pour ce type de société, la loi sur les sociétés de la Couronne (*Crown Corporations Act*) s'applique et elle doit faire rapport à l'Assemblée législative de l'Onatrio ou à un comité composé de représentants de tous les partis de la Législature. Cette opération se produit une fois l'an ou selon les modalités définies par la Législature.

Selon les répondants, quel que soit le modèle de gestion sélectionné, les personnes ou organismes chargés de poursuivre les processus de gestion et de restructuration des systèmes de santé doivent s'assurer que les éléments suivants sont présents pour assurer le succès du processus :

- **POUVOIR :** Le gouvernement doit permettre à l'organisme touché (qu'il s'agisse du gouvernent ou d'un autre organisme) de remplir son rôle selon le mandat qui lui est confié (c'est-à-dire, que les pouvoirs législatifs qu'il reçoit sont en parfaite corrélation avec le mandant de l'organisme – fermetures d'hôpitaux, réattribution des ressources entre les hôpitaux ou financement de nouveaux traitements ou soins dans la communauté, etc.)

- **CAPACITÉ :** Les entités existantes ou nouvelles doivent être dotées d'un niveau de direction approprié, d'une organisation et d'un personnel qualifié, en plus de posséder les meilleures données disponibles (données en temps réel et données relationnelles, données cliniques ou autres informations de performance). En plus de ces atouts, le gouvernement doit leur fournir le cadre stratégique et la direction pour leur permettre de prendre des décisions éclairées.

- **RESPONSABILITÉ :** Les entités existantes ou nouvelles doivent fonctionner à l'intérieur d'un cadre de responsabilité (transparent au public), lequel reconnaît le public comme étant le payeur du système de santé. Pour cette raison, le public doit pouvoir exprimer sa satisfaction ou son mécontentement par rapport au système de santé. Quelle que soit la méthode de responsabilité choisie, elle doit être transparente au public en présentant les mesures correctives ou les stimulants à appliquer, ou les processus à utiliser pour la révision de performance.

Ces facteurs, ainsi que les points qui auraient pu être améliorés (section de regard sur le passé pour la CRSS) doivent servir d'éléments de base pour aider le gouvernement à sélectionner le modèle de fonctionnement préféré pour achever le travail amorcé par la CRSS.

Délibérations de la CRSS

Pendant les délibérations au sujet de la sélection du modèle préféré, la CRSS a fait ressortir les points suivants :

- Le gouvernement doit prévoir un organisme politique tampon pour lui faciliter la tâche lorsqu'il doit prendre des décisions difficiles.

- Le MS, dans sa forme courante, n'est peut-être pas dans la meilleure position pour affecter, modifier ou mettre en œuvre des changements.

- Il faut trouver de nouvelles solutions.

- Il faut compter sur un leadership afin de définir la politique et créer la vision et la force motrice nécessaires pour exécuter les changements. Le gouvernement (ou l'entité à laquelle il délègue l'autorité) doit démontrer un leadership constant, lequel doit servir d'exemple aux personnes choisies pour assurer la relève dans le processus de restructuration.

Même s'il n'y a pas eu de consensus au sujet des personnes ou des organisations les mieux placées pour faire avancer le processus de restructuration, tous s'accordent pour dire que le gouvernement devrait songer à établir un organisme indépendant doté d'un mandat précis pour la direction d'un ou de plusieurs secteurs du système de santé. De plus, la CRSS croit que la sélection du modèle devrait s'appuyer sur les éléments suivants :

Le gouvernement (MSSLD) devrait...

- Conserver l'autorité de définir la politique globale.

- Assurer le leadership et la direction de niveau supérieur pour le système de santé.

- Être ultimement responsable de la fourniture et de la gestion des services de santé. Puisque le gouvernement provincial est chargé d'assumer ces fonctions, tel que prescrit par la loi constitutionnelle, il est responsable du portefeuille correspondant (qu'il soit l'exécutant de la restructuration ou qu'il délègue ce pouvoir à d'autres organismes).

L'entité indépendante (c'est-à-dire l'agence, la société ou tout autre organisme établi) devrait

- Être autonome par rapport au gouvernement et posséder l'autorité législative qui lui donne la responsabilité et le pouvoir d'exécuter son mandat.

- Se rapporter au ministre de la Santé pour la gestion des éléments du système conformément à la politique gouvernementale et son propre mandat.

- Posséder une délégation de pouvoir lui permettant d'assumer (au minimum) les tâches et les responsabilités suivantes :

  - Définir les normes de performance.
  - Mettre en œuvre les *Directives* de la CRSS.
  - Attribuer les fonds parmi les fournisseurs de service similaires, y compris les exigences de financement pour la restructuration.
  - Attribuer les fonds et améliorer les liens existant entre deux ou plusieurs secteurs de fourniture de soins de santé dans la chaîne de services.

Section XIV :
Mot de la fin

CRSS

SECTION XIV : MOT DE LA FIN

Non seulement l'Ontario a été la dernière province à aborder la rationalisation dans le milieu hospitalier, mais elle a de plus choisi d'adopter un mécanisme différent des autres provinces, soit la mise sur pied d'une commission provinciale autonome au terme limité destinée à identifier les besoins des hôpitaux et à y répondre. Le gouvernement a également sollicité des recommandations en matière de restructuration d'autres éléments du « système » de santé.

En avril 1996, le gouvernement de l'Ontario a créé la Commission de restructuration des services de santé et lui a donné un mandat quadriennal pour catalyser la création d'un véritable *système* des services de santé. La Commission avait deux objectifs.

- Prendre des décisions officielles en matière de restructuration des hôpitaux publics de l'Ontario.
- Conseiller la ministre de la Santé sur les réinvestissements et autres changements requis pour appuyer la restructuration du système de santé.

Les gouvernements précédents en Ontario ont abordé ces questions, mais non en fonction d'une approche à l'échelle du système.

Pourquoi la Commission a-t-elle consacré la première moitié de son mandat à la restructuration hospitalière?

Si le but ultime consiste à créer un véritable système de prestation de services de santé (et c'est le cas), il n'est pas logique de s'occuper d'abord des institutions qui sont en bout de la ligne, et qui offrent des services très avancés aux patients réfractaires aux diagnostics et aux traitements partout ailleurs.

La CRSS a commencé par les hôpitaux parce qu'en avril 1996, le gouvernement a instauré deux points majeurs :

- Au minimum, le « système » devait être stable financièrement pendant les quatre années suivantes et financé à ce moment à même le budget de base de 17,4 milliards de dollars du ministère de la Santé. Quatre ans plus tard, ce financement s'établit dans la fourchette des 20 milliards de dollars, un taux de croissance qui dépasse considérablement le taux d'inflation. Le « système » est stable financièrement.

- Les budgets hospitaliers devaient être réduits de quelque 18 % sur trois ans, soit de 5 % la première année, de 6 % la deuxième année et de 7 % la troisième année. La dernière réduction de 7 %, qui devait se produire en 1998-1999, a par la suite été différée en attente de l'analyse des sommes réelles pouvant être soustraites au secteur hospitalier restructuré, à l'échelle de la province. Les données de la Commission prouvent maintenant que le total de la réduction s'élève à 12 ou 13 % plutôt qu'à 18 %.

Quoi qu'il en soit, la CRSS a commencé par les hôpitaux parce qu'il était évident qu'il en résulterait de graves interruptions de service si les 220 hôpitaux publics agissaient de façon indépendante pour atteindre les réductions budgétaires de 11 à 18 % requises.

La phase I des travaux de la Commission visait, en partie, à prévenir de telles réductions de services. En commençant par les hôpitaux, toutefois, le principal objectif de la phase I consistait à jeter les bases d'un sous-système ou d'un secteur hospitalier raisonnablement coordonné, rationalisé et dimensionné. Il est essentiel que les hôpitaux soient ainsi organisés pour assurer l'accessibilité à des services de très grande qualité qui soient abordables en fonction d'un partage raisonnable des dépenses provinciales totales en matière de santé. Un tel sous-système ou secteur est également nécessaire pour permettre aux hôpitaux de participer au développement d'un système de services de santé complet et véritablement intégré, et même de le diriger.

Bien que la phase I ait été importante et intéressante, c'est la seconde phase des travaux de la Commission qui est de loin la plus stimulante et importante, principalement parce qu'elle est la plus susceptible de contribuer à la mise sur pied d'un véritable système. Autrement dit, on a chargé la CRSS de diriger la réforme du système des services de santé de l'Ontario en créant un *système* de santé homogène et complet et les services de soins de santé nécessaires pour optimiser la santé de la population de l'Ontario au XXI^{e} siècle.

Un tel système était-il en place à la reconduite de la Commission en mars 2000? Non. Cependant, la CRSS espère qu'elle a élaboré un secteur hospitalier complètement modifié et identifié certaines des stratégies clés nécessaires à la création d'un véritable *système* de services de soins de santé complet.

Elle espère également que son héritage inclura un engagement de la part de la population et des gouvernements de l'Ontario à poursuivre les changements, un engagement visant l'intégration éventuelle de la totalité de l'éventail des services de santé et de soins de santé dans un système nécessaire à l'optimisation de la santé de notre population.

Le changement est garant de la durée.[88] L'avenir requiert que notre « non-système » actuel change, d'abord en un véritable système de soins de santé puis en un système complet de services de santé.

---

[88] Traduction libre de « Built to last means built to change », maxime tirée du livre Blur: The Speed of Change in the Connected Economy de Christopher Meyer et citée par Elizabeth Church dans le journal *The Globe and Mail* du 21 juillet 1998, cahier B13.

Annexes

Annexe A: Composition de la CRSS

Membres

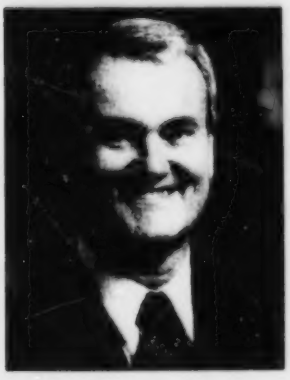
Duncan Sinclair, président

Ruth Gallop

Shelly Jamieson

Harri Jansson

Maureen Law



J. Douglas Lawson

George Lund

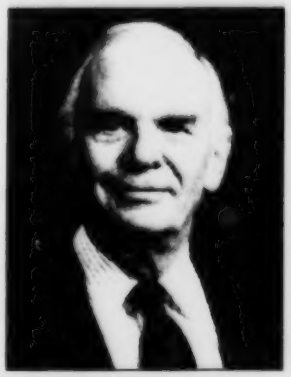
Hartland M. MacDougall

Muriel J. Parent

Annexe A: Composition de la CRSS

Membres

Daniel R. Ross

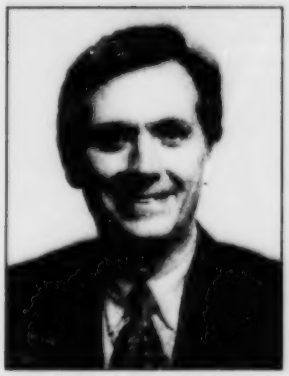


J. Donald Thornton

Rob C. Williams

Membres d'office

Peggy Leatt,
directrice générale
(1998-2000)



Mark Rochon,
directeur général
(1996-1998)

David Naylor,
conseiller spécial

Annexe A : Composition et personnel de la CRSS

Membres

Duncan Sinclair (président), sous-directeur, récemment retraité, des Sciences de la santé et doyen de la faculté de médecine de l'université Queen's, présidait la Commission. Le docteur Sinclair a dirigé le comité directeur de la recherche du Conseil du Premier ministre sur la santé, le bien-être et la justice sociale et a présidé un groupe de travail sur la planification des ressources humaines en matière de santé pour le Réseau provincial de lutte contre le cancer. Il était également membre du Forum national sur la santé. Il habite depuis longtemps à Kingston et a pris sa retraite de l'Université Queen's en juin 1996.

Dr Ruth Gallop est professeure et vice-doyenne de la recherche à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Toronto, et elle enseigne également au département de psychiatrie et à la division de la santé mentale des femmes de la Faculté de médecine de cette université. Elle possède plusieurs années d'expérience clinique, elle écrit et effectue des recherches, en plus d'être consultante dans le secteur de la santé mentale. Elle a été membre du conseil consultatif du Bureau du défenseur des droits des malades psychiatriques pendant de nombreuses années.

Shelly Jamieson est vice-présidente à la direction d'Extendicare (Canada) Inc. et a été directrice générale de l'Association des maisons de soins infirmiers de l'Ontario. En sa qualité d'ex-consultante dans le domaine des soins de longue durée, elle a participé à divers projets dans le domaine des soins de santé, des services communautaires et des soins de longue durée, et ce aussi bien pour des clients du secteur privé que du secteur public. Elle a été présidente de l'Ontario Health Providers Alliance, un groupe comprenant 19 associations du secteur de la santé travaillant à l'avenir des soins de santé en Ontario.

Harri Jansson, un cadre supérieur des services financiers, a participé activement à divers projets dans les domaines de la santé, des services sociaux et des activités sans but lucratif à travers le pays. Il a été président de la Vancouver General Hospital Foundation, directeur de l'Hôpital général de Saint-Boniface et membre du conseil d'administration de la Sunnybrook Hospital Foundation (Toronto). Il a été membre de l'Association canadienne des banquiers (Comité de l'Ontario), de la régie régionale de l'Institut des banquiers canadiens, directeur de Jeunesse j'écoute et directeur du Centre du Commonwealth pour le développement du sport. Lorsqu'il s'est joint à la Commission, Monsieur Jansson était vice-président exécutif des services bancaires aux particuliers et aux entreprises du centre de l'Ontario pour la Banque de Montréal. Il s'est établi à Vancouver en mars 1998 et est actuellement président et directeur général de la Richmond Savings.

Dr Maureen Law, ex-sous-ministre au ministère fédéral de la Santé et du Bien-être social, a occupé récemment le poste de directrice générale des sciences de la santé au Centre canadien de recherches pour le développement international à Ottawa. Elle a travaillé au ministère de la Santé et du Bien-être social de 1973 à 1989. Elle a également été médecin-hygiéniste adjointe dans le comté de York et sous-adjointe au médecin-hygiéniste dans le comté de Carleton. Médecin de formation, elle a présidé l'Organisation mondiale de la santé, elle possède une mine d'expérience sur la scène internationale où elle a entre autres participé à la Global AIDS Policy Coalition et à la Commission mondiale pour la santé des femmes. Elle est actuellement directrice de la division Santé, nutrition et population de la région de l'Asie de l'Est pour la Banque mondiale.

J. Douglas Lawson est avocat à Windsor et principal associé du cabinet d'avocats McTague. M^{e} Lawson a été l'avocat de conseils régionaux de santé, d'hôpitaux et de nombreux organismes et fondations de bienfaisance et a joué un rôle clé dans le cadre de la récente fusion du Metropolitan General Hospital et du Windsor Western Hospital, qui sont devenus le Windsor Regional Hospital. Il a été président de la Chambre de commerce de l'Ontario et président fondateur de l'Association des conseils régionaux de santé de l'Ontario. M^{e} Lawson a été président du groupe de travail sur les soins cardiaques.

George Lund, premier vice-président de la CTV, région de l'Est, récemment retraité, a été président et directeur général de Baton Broadcasting Systems dans le nord de l'Ontario depuis 1989. Il a débuté sa carrière en Alberta en 1958 comme journaliste à la radio et à la télévision. En 1962, il a déménagé à Sudbury, où il habite depuis. De 1977 à 1980, Monsieur Lund a siégé au Conseil municipal et a été élu en 1980 président de la Municipalité régionale de Sudbury. Président-fondateur de Science Nord, il a joué un rôle clé pour faire de ce centre l'une des principales attractions du Nord de l'Ontario. Il a siégé au conseil d'administration d'un hôpital pendant de nombreuses années.

Hartland M. MacDougall, maintenant retraité, a fait carrière de 1953 à 1984 à la Banque de Montréal dans tout le Canada, y occupant les quatre dernières années le poste de vice-président. Il a ensuite été président de Trust Royal et a pris sa retraite en 1993. Il a été vice-président de la London Life de 1985 à 1997. Il a été président-fondateur de la St. Michael's Hospital Foundation, de la Société Japon Canada et de Héritage Canada. Il a également occupé le poste de président du Canada-Japan Business Committee, du Conseil pour l'unité canadienne et du Conseil international du Programme des prix du duc d'Édimbourg. Monsieur MacDougall a siégé au conseil d'administration de nombreux hôpitaux et organismes de soins de santé à travers le pays au cours de sa carrière de banquier.

Muriel J. Parent est une francophone de Val Rita, dans le Nord de l'Ontario, présidente et directrice générale de trois entreprises familiales. Elle a enseigné au collège communautaire et à l'école élémentaire. Madame Parent a participé à de nombreuses activités reliées aux services sociaux, aux soins de santé et aux initiatives municipales. Elle a siégé au conseil d'administration de l'hôpital Sensebrenner ainsi qu'au conseil de gestion des Foyers pour personnes âgées du district de Cochrane et de la Société d'aide à l'enfance de Cochrane Nord et a travaillé à de nombreux projets communautaires. Madame Parent a été préfet de la corporation de Val Rita-Harty.

Daniel R. Ross est l'un des associés du cabinet d'avocats McCarthy, Tetrault à London,. Il détient aussi une vaste expérience dans le système des soins de santé. M^{e} Ross a participé à la réorganisation des hôpitaux Victoria et University de London en tant que membre du groupe de travail chargé de la fusion et ancien président de la London Health Science Centre Foundation. Depuis la refonte, il est membre du comité exécutif de l'hôpital, lequel s'occupe de la restructuration ou de la fusion des fondations et des organismes de recherche de l'établissement.

J. Donald Thornton, maintenant retraité, compte une vaste expérience dans le monde des affaires, de la gestion financière et du secteur des organismes sans but lucratif. En tant qu'ancien cadre supérieur à General Motors du Canada, il possède une expérience solide en rétroingénierie et en restructuration. Monsieur Thornton a siégé pendant 15 ans au conseil d'administration de l'hôpital Oshawa General, dont il a été président de 1989 a 1992. Il a participé activement à la fondation de l'hôpital et à la fondation Parkwood, ainsi qu'à la Chambre de commerce du Canada et au Financial Executive Institute. Il a été président de le Commission du port d'Oshawa.

Dr Robert C. Williams, médecin de famille à Timmins, est médecin chef de l'Hôpital général de Timmins et du District depuis 1992. Le D^{r} Williams a été un membre actif de nombreux groupements professionnels, surtout dans le domaine de la santé, parmi lesquels le comité sur les hôpitaux de l'Ontario Medical Association (OMA), le comité mixte des politiques et de la planification du ministère de la Santé et le comité consultatif des médecins mis sur pied par l'Institut canadien d'information sur la santé. Il est également le co-rédacteur d'un document sur le rôle des médecins dans la restructuration des hôpitaux publié en 1996 par l'OMA.

Membres d'office

Dr Peggy Leatt, qui a occupé le poste de directrice générale de la CRSS de l'Ontario de septembre 1998 à mars 2000, a assumé les fonctions de professeure et directrice du département de l'administration sanitaire de l'Université de Toronto de 1987 à 1998. Spécialiste renommée du domaine du comportement et de l'aménagement organisationnels, le D[r] Leatt a rédigé de nombreux ouvrages sur un éventail de questions liées à la conception et à la restructuration des politiques et des services en matière de santé.

Mark Rochon a été directeur général de la CRSS de l'Ontario d'avril 1996 à septembre 1998. Avant de se joindre à la Commission, Monsieur Rochon a été président et directeur général du Humber Memorial Hospital de 1990 à 1996 et avant cela, directeur général du Georgetown Memorial Hospital pendant trois ans. Entre janvier 1994 et mars 1995, Monsieur Rochon a occupé le poste de sous-ministre adjoint de la division des soins en établissement du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Il est actuellement président et directeur général de l'Institut de réadaptation de Toronto.

David Naylor a été conseiller spécial de la CRSS de l'Ontario de mars 1996 à mars 1998. Avant de se joindre à la Commission, il était directeur général de l'IRSS (Institut de recherche en services de santé) et chercheur de réputation internationale. Après avoir obtenir son diplôme de médecine de la University of Toronto, D[r] Naylor a obtenu un doctorat de la Oxford University, où il a étudié à titre de boursier de la Rhodes. Il a présidé le comité confraternel d'évaluation pour la recherche sur les services de santé du Comité d'étude de la médecine et siégé à de nombreux comités scientifiques consultatifs et comités de rédaction. En 1999, D[r] Naylor a été nommé doyen de la Faculté de médecine de la University of Toronto.

Personnel de la CRSS

Voici une liste exhaustive du personnel à l'emploi de la Commission de restructuration des services de santé. En général, tout au long de son mandat, le bureau a fonctionné avec un personnel de base d'environ 12 personnes.

Le temps que les membres du personnel ont passé à la Commission varie considérablement. Certains n'y ont travaillé que quelques semaines, tandis que d'autres y ont été engagés à temps plein pour la totalité du mandat de la CRSS.

Bantock, Peter
Barry, Brenda
Bedkowski, Helen
Bickerton , Margaret
Boggild, Suzanne
Burns, Susan
Cawley, Patricia
Chinapen, Seeta
Cluver, Jane
Defoe, Yvonne
Dharssi, Mehezbin
Dorjee, Jangchap
Eastwood, Carol
Finkelstein, Michael
Finkle, Peter
Flatt, Alexandra
Flemmings, Sonia
Gardner, Chuck
Gasparini, Karen
Geherity, Joann
Hale, Jeffrey
Hales, Beverly
Hooper, Lewis
Jamal, Salima
Karapita, Stephanie
Keshavjee, Khanum
Kilbertus, Paul
Kojori, Sholeh
LePreti, Vic
Lewkowicz, Ruth
Mitchell , Gary
Montgomery, Catherine
Newman, Lisa
Nickoloff, Beverley
Noormohamed, Nasir
Peter, Alice
Purdy, Lisa
Rahal, Rami
Robitaille, Francine
Ruiz, Margaret
Shah, Narendra
Sloan, Bev
Stonehouse, Jim
Sumner, Bernadette
Thorne, Mardi
Tino, Mario
Tremblay, Susan
Trypuc, Joann
Vahabi, Mandana
Varga, Bob
Villafana, Paula
Wight, Laura
Zulys, Helen

Annexe B : Tâches et responsabilités juridiques

(Règlement de l'Ontario 88/96 en vertu de la Loi sur le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 21 mars 1996 - Commission de restructuration des services de santé.)

1. (1) Voici les tâches de la Commission :

    1. Étudier les projets de restructuration des hôpitaux locaux fournis par le Ministère et toute autre information connexe jugée appropriée.
    2. Déterminer les projets de restructuration des hôpitaux locaux fournis par le Ministère qui devront être mis en œuvre et les modifier ou en ajouter s'il est jugé que l'intérêt public le justifie.
    3. Déterminer le choix du moment de la mise en œuvre des projets de restructuration des hôpitaux locaux et la façon de faire.
    4. Établir des lignes directrices quant aux observations pouvant être présentées à la Commission par un hôpital ayant reçu un avis aux termes du paragraphe 6(5) de la *Loi sur les hôpitaux publics* portant sur l'intention de la Commission d'émettre une directive de fermeture ou de fusion à un autre hôpital.
    5. Soumettre à la ministre des rapports semestriels sur la mise en œuvre des projets de restructuration des hôpitaux locaux.
    6. Informer la ministre lorsque la Commission est d'avis qu'un projet de restructuration d'un hôpital local devrait être mis en œuvre pour un hôpital en particulier ou pour deux hôpitaux ou plus dans une aire géographique donnée.
    7. Lorsqu'un hôpital omet d'exécuter une directive émise par la Commission aux termes de l'article 6 de la *Loi sur les hôpitaux publics*, informer la ministre des mesures à prendre, notamment la désignation d'enquêteurs en vertu de l'article 8 de la *Loi sur les hôpitaux publics* et de superviseurs en vertu de l'article 9 de cette loi.

(2) Les lignes directrices instituées en vertu de l'alinéa 4 du paragraphe (1) devront définir la méthode et la procédure de présentation des observations.

(3) La Commission peut exercer de tels pouvoirs selon qu'ils seront nécessaires pour s'acquitter des fonctions de la Commission, y compris les pouvoirs suivants :

    1. Consulter les fournisseurs de services de soins de santé et toute autre personne que la Commission juge nécessaire dans le but de déterminer :

        i. les projets de restructuration des hôpitaux locaux fournis par le Ministère qui devront être mis en œuvre;
        ii. la possibilité et la méthode de modification ou d'ajout à un plan de restructuration des hôpitaux locaux;
        iii. le choix du moment de la mise en œuvre d'un plan de restructuration des hôpitaux locaux;

iv. la méthode de mise en œuvre d'un plan de restructuration des hôpitaux locaux;

2. Exercer tout pouvoir en vertu de l'article 6 ou du paragraphe 9(10) de la *Loi sur les hôpitaux publics* attribué à la Commission en vertu du règlement de la Loi.

3. Informer le ministre de la révocation d'un permis en vertu de l'article 15.1 de la *Loi sur les hôpitaux privés.* .

4. Informer le ministre de toute question inhérente au développement, à l'érection et au maintien d'un système de soins de santé adéquat et efficace et à la restructuration des services de soins de santé offerts aux collectivités de l'Ontario.

2. Ce règlement entre en vigueur le 1er avril 1996.

(Autorisation de donner des ordres en vertu de l'article 6 et du paragraphe 9(10) de la Loi sur les hôpitaux publics (Règlement de l'Ontario 87/96))

6. (1) Le ministre peut, s'il estime que l'intérêt public le justifie, ordonner au conseil d'un hôpital de cesser ses activités à titre d'hôpital public au plus tard à la date indiquée dans l'ordre.

(2) Le ministre peut, s'il estime que l'intérêt public le justifie, ordonner au conseil d'un hôpital de prendre, au plus tard à la date indiquée dans l'ordre, l'une ou plusieurs des mesures suivantes :

1. Fournir des services précisés à un niveau ou selon une quantité précisés.
2. Cesser de fournir des services précisés.
3. Augmenter ou diminuer le niveau ou la quantité des services précisés.

1. Le ministre peut, s'il estime que l'intérêt public le justifie, ordonner aux conseils de deux hôpitaux ou plus de prendre toutes les mesures nécessaires à leur fusion aux termes de l'article 113 de la *Loi sur les personnes morales* au plus tard à la date indiquée dans l'ordre

2. Lorsque le ministre donne un ordre en vertu du paragraphe (3), son approbation de la fusion visée au paragraphe 4 (1) est réputée l'adoption de la convention de fusion par tous les membres des personnes morales qui fusionnent pour l'application du paragraphe 113 (3) de la *Loi sur les personnes morales.*

3. Au moins 30 jours avant de donner un ordre en vertu du paragraphe (1) ou (3), le ministre signifie un avis d'intention de ce faire au conseil de l'hôpital auquel l'ordre sera donné.

4. Le ministre peut donner, relativement à un hôpital, tout autre ordre qu'il estime être dans l'intérêt public.

5. Le ministre peut, s'il estime que l'intérêt public le justifie, modifier ou révoquer l'ordre donné en vertu du présent article.

6. Le conseil d'un hôpital veille à l'exécution de l'ordre donné par le ministre en vertu du présent article, conformément aux conditions qui y sont énoncées, à la présente loi et aux règlements.

7. Malgré la *Loi sur les personnes morales*, toutes lois spéciales régissant les hôpitaux, les lettres patentes, les lettres patentes supplémentaires ou les règlements administratifs d'un hôpital, le conseil a le pouvoir illimité d'exécuter un ordre donné en vertu du présent article. Toutefois, l'exercice de ce pouvoir ne doit pas contrevenir aux dispositions de toute autre loi.

8. Lorsqu'il donne des ordres en vertu du paragraphe (1), (2), (3) ou (6), le ministre tient compte des rapports des conseils régionaux de santé à l'égard des collectivités auxquelles les ordres se rapportent.

9. Le présent article est abrogé au quatrième anniversaire du jour de l'entrée en vigueur de l'article 6 de l'annexe F de la Loi de 1996 sur les économies et la restructuration.

9. (2) Le ministre donne au conseil d'un hôpital un préavis d'au moins 14 jours avant de recommander au lieutenant-gouverneur en conseil de nommer un superviseur pour l'hôpital.

(10) Le ministre peut donner au superviseur d'un hôpital des ordres sur toute question relevant de la compétence de ce dernier.

Le Règlement de l'Ontario 272/99 (en vertu de la Loi sur le ministère de la Santé), déposé le 30 avril 1999, amendait les pouvoirs de la Commission de la façon suivante :

1. Voici les tâches de la Commission :
    a. Conseiller le ministre sur des questions relatives au développement et à la mise en œuvre d'un système de santé effectif et adéquat.
    b. Conseiller le ministre sur la délivrance de directives dans les cas où la Commission émettrait un projet d'avis d'intention d'émettre une directive, un avis d'intention d'émettre une directive, un projet d'ordre ou un ordre avant le 13 mars 1999.

2. Le Règlement de l'Ontario 88/96 est abrogé.

Le Règlement de l'Ontario 273/99 (en vertu de la Loi sur le ministère de la Santé), déposé le 30 avril 1999, amendait les pouvoirs de la Commission de la façon suivante :

1. Le Règlement de l'Ontario 87/96 est abrogé.

Projet de loi 23

Modification de la *Loi sur les hôpitaux publics*

Le 30 novembre 1999, la ministre de la Santé et des Soins de longue durée (Elizabeth Witner), a présenté le Projet de loi 23 à l'Assemblée législative de l'Ontario. Aux termes du Projet de loi, les pouvoirs investis au ministre de la Santé, tels qu'énoncés à la section 6 de la *Loi sur les hôpitaux publics*, sont étendus jusqu'en 2005. La ministre pourra ainsi modifier les *ordres* émis par la CRSS afin d'en assurer la pertinence.

Le Projet de loi permet à la ministre de réviser et de peaufiner tout *ordre* légalement obligatoire émis par la CRSS, afin que tout changement apporté reflète les besoins locaux en matière de soins de santé. La loi permet à la ministre de continuer à ne donner des *ordres* qu'aux seuls hôpitaux qui ont déjà reçu un *ordre* ou un projet *d'ordre*, qui ont reçu un *Avis d'intention d'émettre une directive* ou le projet d'un tel *avis* ou qui sont établis par le fait d'un *ordre* ou d'un projet d'*ordre*.

Annexe C : Méthodologies de la CRSS

La présente annexe fournit des informations supplémentaires sur les méthodologies de la CRSS en matière d'évaluation des options de restructuration, y compris le dimensionnement et les coûts des services hospitaliers de soins pour affections subaiguës et de courte durée.

HISTORIQUE

L'évaluation des éléments suivants inhérents aux besoins de la population à l'égard des services hospitaliers s'est avérée une étape clé de la méthodologie de la CRSS.

1. *Améliorations potentielles de l'utilisation des services de soins actifs aux hospitalisés*[89].

2. *Autres exigences du service hospitalier :*
   - services des urgences
   - services de soins ambulatoires
   - unités de soins intensifs
   - salles d'opération
   - services de soins psychiatriques actifs aux malades hospitalisés
   - services de soins psychiatriques de longue durée aux malades hospitalisés
   - services de réadaptation aux malades hospitalisés
   - services de soins prolongés complexes aux malades hospitalisés
   - services de soins pour affections subaiguës

3. Incidence des changements à l'égard des services hospitaliers sur d'autres services de soins de santé, y compris les services en établissement de soins de longue durée et de services de soins à domicile.

---

[89] La méthodologie d'amélioration de l'utilisation s'est articulée autour d'améliorations qui étaient à la fois pratiques sous certaines conditions et réalisables dans le système hospitalier de l'Ontario. D'autres améliorations pourront être identifiées par divers moyens, notamment par l'application d'outils d'utilisation employés soit rétrospectivement soit simultanément au sein d'hôpitaux particuliers.

4. Accroissement des services hospitaliers, y compris :
   - services de soins actifs aux malades hospitalisés
   - services ambulatoires
   - services des urgences
   - salles d'opération
   - services de soins intensifs
   - services de soins psychiatriques actifs aux malades hospitalisés
   - services de soins psychiatriques de longue durée aux malades hospitalisés
   - services réadaptation aux malades hospitalisés
   - services de soins prolongés complexes aux malades hospitalisés
   - services de soins pour affections subaiguës

Ces méthodologies ont été utilisées pour évaluer la capacité *actuelle* et *future* des services hospitaliers et autres soins de santé. En outre, il s'est avéré nécessaire d'évaluer l'ampleur des exigences de services pour favoriser le développement des différents scénarios ou des différentes options de restructuration des services hospitaliers.

CAPACITÉ ET CONFIGURATION DES SERVICES HOSPITALIERS

Historique : Évaluation des exigences en matière de soins actifs[90]

Le point de départ de l'analyse de la CRSS portait sur l'évaluation des exigences actuelles et futures du système hospitalier. La principale composante de ce système concerne les services de soins actifs aux malades hospitalisés, qui représentent environ les deux tiers des frais hospitaliers. Dans le but d'évaluer ces exigences, la CRSS a étudié deux aspects des soins actifs dispensés aux malades hospitalisés :

- exigences *actuelles,* en supposant que les améliorations d'utilisation sont réalisées;
- exigences *futures* fondées sur la croissance de la population et l'accroissement des services.

Voici les principes suivants qui ont permis d'élaborer la méthodologie.

- Les améliorations de l'utilisation ne devraient pas empêcher les patients d'accéder aux services hospitaliers nécessaires ni réduire la qualité générale des soins.
- Les méthodologies existantes visant à évaluer les améliorations d'utilisation devraient être utilisées dans toute la mesure du possible.

---

90 La méthodologie d'amélioration de l'utilisation des soins actifs de base est tirée de travaux antérieurs entrepris par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le Comité mixte des politiques et de la planification. La méthodologie dont fait état l'Outil de soutien à la décision et à la planification a servi de base à la méthodologie de la CRSS en matière d'amélioration de l'utilisation des soins actifs aux malades hospitalisés. La CRSS a adapté la méthodologie et a fait part de ces changements au Ministère et au Comité mixte des politiques et de la planification au fur et à mesure de leur développement et de leur mise en oeuvre.

- Les plus récentes données abstraites sur les départs des hospitalisés (base de données de l'ICIS) devraient servir à évaluer l'utilisation appropriée.
- Les définitions courantes des éléments de données et des technologies médicales actuelles devraient être considérées.

La méthodologie applique des techniques d'établissement de repères et des définitions des *jours-patients potentiellement économisables* particulières au contexte ontarien. La méthodologie d'évaluation des jours-patients économisables a été basée sur une analyse rétrospective des données cliniques incluses dans les données abstraites sur les hospitalisés soumises à l'ICIS par les hôpitaux. Autrement dit, tous les repères et l'identification des jours potentiellement économisables ont été tirées de la pratique clinique déjà en cours dans les hôpitaux de l'Ontario, en fonction des toutes dernières données cliniques disponibles à ce moment.

Même si l'on a utilisé les plus récentes données disponibles, on a noté un décalage important dans les « données courantes ». Par conséquent, les améliorations suggérées par la méthodologie de la CRSS auraient généralement dû être appliquées deux ou trois ans plus tôt dans le système.

Méthodologie : Aperçu de l'évaluation des améliorations d'utilisation des soins actifs aux patients hospitalisés

- Les fondements de la méthodologie de la CRSS visant à déterminer les besoins courants en matière de services de soins actifs aux patients hospitalisés ont été tirés d'un examen et d'une analyse des données d'utilisation hospitalières et du potentiel d'amélioration de la prestation des services de soins actifs aux hospitalisés. Nous avons retranché des plus récentes données annuelles disponibles du moment (1995-1996), les données suivantes :
  - jours et cas hors province;
  - jours et cas de santé mentale dans des établissements psychiatriques désignés;
  - nouveaux-nés;
  - jours excédant une durée de séjour de 365 jours.

- Le retrait d'améliorations potentielles dans l'utilisation et l'ajout d'exigences futures ont permis de comparer la capacité actuelle à la capacité requise. Des options de restructuration ont été tirées de ces comparaisons.

- Un certain nombre de rapports de la CRSS ont fait état de grandes variations entre les taux d'admission des différents hôpitaux de l'Ontario. La méthodologie d'amélioration de l'utilisation des soins actifs aux hospitalisés a mis l'accent sur le *potentiel de maintien du niveau d'activité de soins actifs aux malades hospitalisés et a présumé que les modèles d'hospitalisation actuels se poursuivraient.* Toutefois, aucun niveau de détail important du taux d'admission des hôpitaux (ou leur propension à l'admission) n'a fait l'objet d'un examen; il est par conséquent évident qu'une recherche plus approfondie est nécessaire à cet égard.[91]

- L'approche s'est articulée autour d'une série d'étapes où la conservation des jours-patients de chaque étape de l'analyse s'est traduite par un niveau résiduel de jours-patients interprété comme le niveau atteignable approprié d'utilisation des soins actifs aux patients hospitalisés.

- La méthodologie n'a principalement porté que sur la révision des données relatives aux soins actifs aux patients hospitalisés. D'autres activités inhérentes à des services aux patients hospitalisés désignés, tels les lits de soins psychiatriques actifs, de réadaptation ou de soins continus complexes n'ont pas été abordées. Dans les cas où ces services concernaient les lits pour soins actifs aux malades hospitalisés et que l'établissement en question n'était pas désignée pour les offrir, les améliorations d'utilisation ont été évaluées.

- En général, les jours économisables ont été cumulés et déclarés pour chacun des cinq groupes d'âge suivants : 0–14; 15–44; 45–64; 65–74; 75 +. La méthodologie de croissance (décrite en détail ci-après) a utilisé une répartition plus restreinte des groupes d'âge fondée sur une cohorte de cinq (5) ans pour les deux sexes.

- Nous avons utilisé des calculs destinés à évaluer et à éliminer les jours de séjour pouvant être considérés « économisables ». Nous avons identifié des cas et des jours économisables dans trois étapes de la méthodologie :
    - élimination des jours consacrés à d'autres niveaux de soins (ANS);
    - élimination des admissions évitables;
    - réduction de la durée moyenne des séjours (DMS).

---

91 Au début de son mandat, la CRSS a, en collaboration avec le Comité mixte des politiques et de la planification, tenté d'évaluer les facteurs inhérents à la « propension à l'admission ». Cette activité a grandement contribué à établir les volumes afférents à l'initiative de mode de financement. Elle a cependant simplement traité certaines influences potentielles et les données obtenues se sont avérées non concluantes quant aux véritables raisons de la variation. L'IRSS a également abordé la variation dans plusieurs procédures et services hospitaliers des petites régions. La recherche se poursuit dans le but de comprendre les causes sous-jacentes des deux types de variation.

- *Jours et départs hors province* : À moins d'indication contraire dans les changements de fond ou dans d'autres circonstances, les jours consacrés aux patients souffrant d'une affection aiguë et les cas de soins actifs exclus de l'analyse des jours économisables potentiels ont été ajoutés au total approprié des jours de soins actifs dans le but d'établir le nombre requis de jours de soins actifs nécessaires. Lorsque la croissance du nombre de cas hors province et de jours de soins actifs aux malades hospitalisés a été prédite par le biais de rapports spéciaux ou de tout autre examen, elle a été ajoutée au total. Ces jours ont ensuite été utilisés pour établir les besoins en matière de lits pour soins actifs aux malades hospitalisés.

- Les étapes précisées dans la méthodologie étaient absolument exclusives (c.-à-d. que lorsqu'une amélioration potentielle était identifiée et calculée, on ne tenait plus compte de ces cas et jours dans la méthodologie). L'unique exception portait sur les jours et cas ANS. Dans cet exemple, les ANS présentaient deux composantes de durée de séjour :

    - les jours de soins actifs associés au cas avant qu'il ne soit établi que le patient doive recevoir des ANS autres que des soins actifs;
    - les jours ANS ou les jours passés à l'hôpital en attendant qu'il soit établi que le patient doive recevoir un autre niveau de soins.

- Bien que les jours ANS ait été soustraits, les jours de soins actifs ont fait l'objet d'un nouvel examen dans le cadre de la méthodologie d'ajustement de DMS fondée sur l'application de points de repère.

- Voici les catégories d'amélioration d'utilisation et d'utilisation inappropriée qui ont été supprimées de l'utilisation des soins actifs (non psychiatriques) existants :

    Total des jours économisables : le total des jours économisables inhérents aux catégories énoncées ci-dessus, une fois soustrait du nombre total de jours-patients, a permis d'obtenir le nombre de jours-patients approprié ou résiduel.

MÉTHODOLOGIES DE CROISSANCE

Estimation de la croissance des jours de soins actifs aux malades hospitalisés

- L'attribution prospective des fonds aux hôpitaux des régions à forte croissance démographique a nécessité une méthode d'évaluation de la croissance du nombre de chirurgies de jour et d'hospitalisation en raison des changements au sein de la population (tenant compte à la fois de la croissance et du changement de la structure de la population par âge et par sexe).

- La méthode proposée par la CRSS a nécessité l'attribution de la croissance des soins actifs aux malades hospitalisés pour chaque programme hospitalier particulier, une fois les améliorations d'utilisation prises en compte.[92]

- La méthode de financement de la croissance et l'estimation de la croissance future des jours et cas de soins actifs aux malades hospitalisés s'est effectuée en quatre étapes fondamentales :

Étape 1	Identifier les changements de population.
Étape 2	Calculer l'impact du changement de la population sur l'utilisation des services hospitaliers.
Étape 3	Imputer l'impact du changement de la population à l'amélioration post-utilisation des programmes hospitaliers à l'intention des malades hospitalisés.
Étape 4	Calculer le nombre de lits équivalents par hôpital.

Étape 1 : Identifier les changements de population

La méthodologie a utilisé des projections démographiques fournies par le ministère des Finances de l'Ontario pour identifier les changements de population. Les projections démographiques portaient sur des groupes d'âge et de sexe spécifiques (cohortes âge-sexe). Cinq groupes d'âge ont été utilisés (soit 0-4, 5-9, etc.). Les projections ont été faites par comté. Ces projections ont également été évaluées plus précisément en fonction de sous-division d'un comté ou d'une région.

Le tableau suivant illustre la façon dont la croissance projetée de la population nominale a été calculée, en utilisant l'exemple d'Hamilton-Wentworth. La croissance projetée de sa population était de 1,54 p. 100 entre 1995 et 2003. Bien que le présent tableau n'indique que les projections de croissance de la population en général, il existe des projections pour chaque cohorte âge-sexe.

Comté / région	***Population projetée en 1995***	***Population projetée en 2003***	***% annuel de croissance***
Hamilton-Wentworth	497 172	558 465	1,54 p. 100

Étape 2 : Calculer l'impact du changement de la population sur l'utilisation des soins actifs aux malades hospitalisés

[92] La méthode élaborée par les CCPP/GTFC diffère de celle de la CRSS en ce qui a trait à l'objet. La méthode du GTFC a été élaborée pour permettre l'affectation du financement, tandis que la méthode de la CRSS requiert l'attribution de la croissance des soins actifs aux malades hospitalisés pour chaque programme hospitalier particulier à la suite de l'examen des améliorations de l'utilisation. L'attribution aux programmes hospitaliers particuliers était essentielle et l'élaboration des options de restructuration par la CRSS nécessitait que les programmes soient répartis entre les hôpitaux.

L'approche consistait à obtenir la moyenne des taux d'hospitalisation pour l'ensemble des cas (environ 550) et chaque cohorte âge-sexe à l'échelle provinciale en 1995-1996 et à appliquer ces taux aux projections de population par cohorte âge-sexe de 2003. Afin de compenser la grande variation en matière d'hospitalisation, les taux provinciaux moyens ont servi à projeter l'hospitalisation plutôt que le taux particulier au comté ou à la région. Ce qui signifie que les *comtés ont été traités équitablement en fonction de la croissance sans égard au fait qu'ils surutilisent ou sous-utilisent les ressources hospitalières.*

Taux d'utilisation prévu = Cas pondérés en 95-96 (province) (par âge/sexe/ensemble des cas) / Population projetée en 1995 (province) (par âge/sexe)

Cas pondérés prévus = Population du comté (par âge/sexe) X Taux d'utilisation prévu (par âge/sexe/ensemble des cas)

Les cas pondérés associés à un ensemble des cas pour une cohorte âge-sexe particulière (soit 194 cas d'hommes de 40 à 44 ans) ont servi de numérateur qui a été divisé par la population de la cohorte âge-sexe afin de produire le taux d'utilisation prévu. Ces taux ont ensuite été appliqués à la population projetée de la cohorte âge-sexe afin de produire les cas pondérés prévus pour l'an 2003. Quant à la chirurgie de jour, les groupes d'interventions ambulatoires (GIA) ont été remplacés par l'ensemble des cas.

Comté / région	***% annuel de croissance***	***% annuel normalisé de croissance***
Hamilton-Wentworth	1,54 %	2,28 %

Bien qu'on projette une croissance démographique annuelle de 1,54 p. 100 pour Hamilton-Wentworth en raison d'un changement de population, on prévoit une augmentation du taux d'hospitalisation de 2,28 p. 100 annuellement. La différence est causée par le changement de la structure de l'âge de la population et la corrélation entre l'hospitalisation et l'âge.

Étape 3 : Imputer l'impact du changement de la population aux programmes de soins actifs aux malades hospitalisés et à la chirurgie de jour

La CRSS a utilisé une définition de programmes hospitaliers destinés aux malades hospitalisés fondée sur un groupe de programmes comparable à celui élaboré par la firme Price-Waterhouse Consultants dans le rapport du CRS du comté d'Essex -- *Reinvesting the Savings* (1994). Ces programmes (25 au total, incluant la pédiatrie) étaient des synthèses d'ensembles de cas particuliers à un groupe de services donné, telle la médecine interne. Les programmes de la méthodologie de la CRSS pourraient être transférés, en totalité ou en partie, entre les hôpitaux pour permettre le développement de différentes options de restructuration.

L'allocation de la croissance aux programmes au sein des hôpitaux, après avoir soustrait les jours économisables, a ensuite été basée sur un mélange de deux méthodologies :

i. les modèles d'aiguillage vers les hôpitaux existants (c.-à-d. le modèle historique) (50 p. 100);
ii. la proximité (50 p. 100).

Le modèle d'utilisation historique suppose que le modèle sera constant au fil du temps. La méthode de la CRSS suppose que c'est vrai dans seulement 50 p. 100 des nouveaux cas. Pour le reste, on présume que la proximité de l'établissement aura une incidence sur le taux d'hospitalisation. C'est-à-dire que les prévisions sur les modèles d'aiguillage futures fondés sur la préférence de patients suppose que plus un patient vit près d'un hôpital, plus il est susceptible d'en tirer des services, compte tenu des services disponibles et de l'emplacement de l'hôpital.

Étape 4 : Calculer le nombre de lits pour soins actifs équivalents pour l'an 2003

Pour déterminer le nombre de lits requis, il a fallu calculer la croissance en jours-patients jusqu'à l'an 2003 en fonction de tous les programmes attribués à l'hôpital pour chaque option envisagée. Pour convertir le nombre précis de jours-patients en lits, il a suffit de diviser par 365 jours et d'ajuster le taux repère d'occupation.

Exemple de calcul de la croissance en nombre de jours de soins actifs aux malades hospitalisés

Comté / région	*Jours ajustés*	*Gestion post-utilisation * jours*	*Jours ajustés en fonction de la croissance*	*Lits équivalents en 2003*	*Lits équivalents en 1995-1996*	*Croissance sous forme de lits équivalents*
Hamilton-Wentworth	399 695	295 011	348 374	1060	898	162*

(* Il faut 162 lits pour répondre à la croissance d'ici l'an 2003.)

Pour chaque hôpital, le processus était le même. On totalise d'abord les programmes affectés à un hôpital en fonction d'une option donnée, on ajuste selon les améliorations d'utilisation (c.-à-d. qu'on soustrait le nombre de jours économisables projetés de tous les cas ANS, les admissions réduites et les DMS réduites). On ajoute les jours relatifs à la croissance prévue. On divise par 365 jours et on ajuste le taux d'occupation repère.

Utilisation actuelle - utilisation économisable = **gestion post-utilisation**
(jours de soins actifs en 95-96) (ANS, admissions évitables, DMS) (jours de soins actifs résiduels)

Gestion post-utilisation + croissance = **utilisation de soins actifs (2003)**
(jours de soins actifs résiduels)

Utilisation active en 2003 / 365 X (100/repère d'occupation) = **lits pour soins actifs (2003)**

Estimation de la croissance en termes de visites à l'urgence et de visites de soins ambulatoires

- Il n'y a pas suffisamment de précisions dans les données soumises par les hôpitaux au sujet des visites à l'urgence et des visites de soins ambulatoires (à l'exception des chirurgies de jour) pour appliquer la méthodologie mentionnée précédemment aux soins d'urgence et aux soins ambulatoires. Par conséquent, la CRSS a abordé la croissance dans ces services par rapport à la croissance des soins actifs selon deux suppositions :

  i. les visites d'urgence étaient liées à la disponibilité des lits pour soins actifs (y compris les lits de soins psychiatriques actifs);
  ii. les visites ambulatoires augmenteront à un taux comparable à celui des soins actifs pour malades hospitalisés.

Visites d'urgence : Pour changer les visites en lits, la CRSS a établi un rapport entre les visites d'urgence et le nombre de lits de gestion post-utilisation ajoutés au nombre de lits de soins psychiatriques actifs (basé sur le ratio de planification des soins psychiatriques actifs). Pour ce faire, on a divisé le nombre de visites d'urgences actuelles par le nombre de lits après retrait des améliorations d'utilisation et ajout des lits pour soins psychiatriques actifs. On a ensuite comparé ce ratio au nombre de lits pour soins actifs prévus en 2003 ajouté aux lits de soins psychiatriques actifs nécessaires en 2003. En multipliant ce ratio par le total des deux niveaux de lits, on obtient une estimation du nombre de visites d'urgence prévues.

[lits de post-utilisation + lits de soins psychiatriques actifs] /visites d'urgence actuelles = **ratio des services d'urgence**

lits de post-utilisation + croissance + lits de soins psychiatriques actifs en 2003 = **lits de soins actifs en 2003**

Ratio des services d'urgence X lits de soins actifs en 2003 = **visites d'urgence en 2003**

La même méthode a servi à évaluer la capacité requise en matière de visites pour soins ambulatoires. Le nombre de visites cliniques pour soins ambulatoires (excluant la chirurgie de jour) inclut toutes les cliniques générales et spécialisées ainsi que les cliniques de soins nocturnes et diurnes.

TAUX REPÈRES D'OCCUPATION

Les repères ont été tirés de certaines études sur les systèmes hospitaliers ontariens entreprises au début de la décennie. Ces études étaient quant à elles fondées sur l'expérience américaine. On a ainsi comparé les taux aux données d'occupation réelles dans les hôpitaux ontariens. Les taux prévoyaient une certaine souplesse à l'égard de l'utilisation des lits et des variations normales des visites d'urgence et de l'accès d'urgence par les patients aux ressources des malades hospitalisés.

On a élaboré un facteur d'occupation relatif, basé sur la théorie de fil d'attente, qui a été appliqué à d'autres configurations de dimensionnement des hôpitaux. Pour ce qui concerne les taux d'occupation des hôpitaux, les coûts de service sont un large inventaire de lits qui se traduit par un taux d'inoccupation supérieur à ce qui est nécessaire. Les coûts d'attente se répercutent sur les soins aux patients. Par exemple, un patient ne peut être admis tant et aussi longtemps qu'un lit n'est pas disponible ou un patient peut être transféré dans un autre hôpital.

On a, comme point de départ, retenu un taux d'occupation de 90 p. 100 pour les hôpitaux de 200 à 299 lits. Grâce aux formules modèles, on a pu calculer le taux d'occupation d'autres tranches de lits. Plus l'hôpital est petit, plus le taux d'occupation calculé doit être bas pour respecter les coûts du système sans compromettre les soins des patients. Par mesure supplémentaire de conservatisme, les taux repères d'occupation des lits médicaux fixés par la CRSS n'ont jamais dépassé la marge des 90 p. 100. Il fallait également évaluer dans quelle mesure la fusion d'activités cliniques assez importantes allaient entraîner des taux d'occupation très élevés. Pour surmonter ce problème, on a fixé à 90 p. 100 le taux d'occupation maximal destiné à dimensionner les établissements. Le conseil régional de santé de la Communauté urbaine de Toronto a utilisé un taux d'occupation de 90 p. 100 pour les activités médicales et chirurgicales dans son rapport intitulé *Report of the Hospital Restructuring Committee* (septembre 1995).

Finalement, le taux d'occupation calculé en milieu hospitalier, selon le nombre de lits, a été distribué afin de refléter les taux d'occupation variables en fonction des niveaux de soins actifs désignés. C'est donc cette distribution finale, par niveau de soins, qui est utilisée comme taux repère d'occupation par tranches de lits dans cette méthodologie.

Le taux d'occupation général total pour tous les services de soins actifs aux malades hospitalisés (à l'exception des soins psychiatriques et des soins des nouveaux-nés) est une moyenne pondérée des repères pour toutes les catégories de lits, dont voici le calcul :

$$\textit{Taux repère d'occupation pondéré total} = \sum_{n=a}^{d} (OCC_n * lits_n)$$

où,

OCC = taux repère d'occupation
lits = nombre de lits occupés et utilisés
a = médecine/chirurgie
b = obstétrique
c = pédiatrie
d = soins spécialisés (service de soins intensifs/unité des soins intensifs)

= taux repère d'occupation active pondéré total

Les taux repères visaient uniquement à servir d'indicateurs. D'autres facteurs tels l'acuité des soins, la nature des services de soins actifs (soit secondaires, tertiaires, etc.), la dimension des unités et autres doivent être pris en considération au moment de la planification.

MÉTHODOLOGIE DE FINANCEMENT ET D'ÉTABLISSEMENT DES COÛTS

Comme il s'agissait de nouvelles techniques d'évaluation et d'estimation, la CRSS a réalisé qu'il était essentiel qu'elle obtienne des commentaires sur ses méthodologies pour en assurer la réussite. D'autres développements et recherches fondés sur les commentaires reçus se sont avérés des éléments fondamentaux du processus de la CRSS. Par conséquent, dans chacun de ses rapports de restructuration, la CRSS a sollicité des commentaires sur les méthodologies en incluant en annexe un résumé des méthodologies utilisées, en tenant des séances d'informations techniques à l'intention des intervenants au cours de la période d'*Avis* pour aborder de telles questions. En outre, les séances d'informations techniques ont permis aux intervenants de mieux préparer leurs réponses au rapport et aux *Avis*. Ces réponses portaient souvent sur des questions de méthodologie.

POPULATION ET DÉMOGRAPHIE

Population affiliée – Indice de séjour prévu (ISP) de la population affiliée

L'ISP enregistre l'effet de la répartition de l'ensemble des cas d'un hôpital donné et de l'âge des patients sur la durée de séjour à l'hôpital pour soins actifs. Dans les cas d'hôpitaux où les populations résidentes sont plus âgées ou plus complexes que la moyenne provinciale, l'ajustement de l'ISP a pour effet d'accroître la population affiliée calculée et par conséquent, de réduire les taux d'utilisation jours-patients. Inversement, dans les cas d'hôpitaux où les populations résidentes sont relativement plus jeunes et moins complexes, l'ajustement a pour effet de réduire les populations affiliées calculées et, par conséquent, d'accroître les taux d'utilisation jours-patients.

Calcul de la durée de séjour de la population affiliée à un hôpital donné et du taux d'utilisation jours-patients

Le calcul de l'ISP des populations affiliées à des hôpitaux s'effectue en cinq étapes distinctes :

Étape 1 : calculer la population affiliée de base d'un hôpital.
Étape 2 : calculer la durée de séjour prévue dans un hôpital (DSP).
Étape 3 : calculer la DSP à l'échelle provinciale.
Étape 4 : calculer l'ISP dans un hôpital donné.
Étape 5 : calculer l'ISP de la population affiliée.

Grâce aux résultats obtenus à l'étape 5, il est possible de calculer le taux d'utilisation en jours-patients en fonction de l'ISP d'un hôpital donné.

Le principal avantage de la méthodologie d'ISP de la population affiliée, c'est qu'elle comptabilise l'acuité et la complexité de chaque visite à l'hôpital. La méthode permet de savoir que l'hôpital A prendra plus de jours pour traiter un patient qui a subi une greffe cardiaque que l'hôpital B en prendra pour traiter un patient qui a subi une amygdalectomie, même si les deux patients font partie du même groupe d'âge. Les taux d'utilisation jours-patients prédits par le modèle ISP sont cohérents avec ceux qui étaient intuitivement prévus selon la distribution de l'ensemble des cas et de l'âge des populations affiliées des hôpitaux. Voici les prévisions du modèle :

- **Hôpitaux de soins tertiaires**, étant donné l'acuité supérieure des cas traités, on s'attendrait qu'ils affichent un ISP supérieur à la moyenne et, cependant (comparativement au modèle de pondération par l'âge de l'an dernier), ils affichent des populations affiliées supérieures et des taux d'utilisation jours-patients inférieurs.

- **Hôpitaux de soins spécialisés**, étant donné la courte durée des séjours, on s'attendrait qu'ils affichent un ISP inférieur à la moyenne et, cependant (comparativement au modèle de pondération par l'âge de l'an dernier), ils affichent des populations affiliées inférieures et des taux d'utilisation jours-patients supérieurs.

- **Hôpitaux communautaires et en région rurale**, étant donné la charge professionnelle moins complexe et la grande fréquence des transferts, on s'attendrait qu'ils affichent un ISP inférieur à la moyenne (à mois que l'ISP n'ait été compensé par une population affiliée d'une moyenne d'âge supérieure) et, cependant (comparativement au modèle de pondération par l'âge de l'an dernier), ils affichent des populations affiliées inférieures.

Estimation des coûts et des économies inhérents aux soins actifs

Les activités de recherche entreprises par la CRSS pour des fins de développement et d'examen de la méthodologie d'estimation des coûts et des économies se sont concentrées sur les aspects suivants :

- estimation des coûts et des économies en fonction de l'***efficience clinique***;
- estimation des coûts et des économies en fonction de la ***centralisation des services de soutien***;
- estimation des coûts et des économies en fonction des ***améliorations dans l'administration***;
- estimation des coûts et des économies en fonction des ***frais fixes d'exploitation*** des hôpitaux;
- estimation des coûts et des économies en fonction des ***transferts de programmes*** (c.-à-d., des économies en fonction de la restructuration);
- coûts des activités autres que les soins actifs pour malades hospitalisés telles les ***activités ambulatoires***, les ***soins chroniques***, la ***réadaptation*** et la ***santé mentale***;
- estimation des ajustements de ***flux d'encaisse***;

- estimation des exigences de ***réinvestissement*** pour atténuer les effets de la restructuration.

La CRSS a développé un logiciel pour automatiser le processus d'estimation des coûts et des économies associées aux diverses options de restructuration qui font appel à cette méthodologie. On a dû recourir à l'automatisation pour évaluer les options des études de restructuration à grande échelle, pour lesquelles il fallait envisager plusieurs options concurrentes.

La recherche entreprise par la CRSS pour développer et peaufiner l'approche d'*estimation des économies en fonction de l'efficience clinique* a suivi trois parcours complémentaires :

i. étude des résultats des coûts actuels en fonction de l'établissement des coûts de la totalité de cas[93] des hôpitaux de l'Ontario (c.-à-d., les hôpitaux qui étaient en mesure d'établir les coûts quotidiens et les ventilations);
ii. utilisation de la méthodologie de répartition des coûts de l'Ontario comme point de départ pour l'établissement des coûts directs et indirects des cas;
iii. utilisation de conseils éclairés pour identifier des modèles axés sur l'efficacité et des économies à l'égard des services de soutien.

La méthodologie repose sur des hypothèses au sujet de jours économisables associés aux éléments suivants :

- le retrait de tous les jours ANS;
- la réduction des jours (et cas) associés à :
- l'ensemble des cas 851 – autres facteurs à l'origine de l'hospitalisation;
- l'ensemble des cas 910 – cas diagnostiqués généralement non hospitalisés;
- la conversion de la chirurgie avec hospitalisation en chirurgie de jour;
- la réduction de 25 p. 100 des jours associés à l'ensemble des cas qui ne requièrent pas nécessairement une hospitalisation;
- la réduction de la durée moyenne des séjours (DMS) pour soins actifs aux niveaux repères (c.-à-d., 75^{e} centile).

En plus de ces économies, la méthode de la CRSS permet d'évaluer les économies associées à la restructuration en fonction des éléments suivants :

- transfert des activités cliniques (pour patients hospitalisés) entre hôpitaux;
- réduction des frais d'administration;
- centralisation des services de soutien;
- réduction des coûts d'exploitation.

---

[93] Ces hôpitaux sont ceux qui participent au Projet d'établissement des coûts des cas de l'Ontario.

Méthodologies d'établissement des coûts

Les méthodologies d'établissement des coûts de la CRSS ont été développées pour des fins d'identification des coûts et des économies associés aux options de restructuration et, plus particulièrement, pour :

- aider la CRSS à évaluer les critères d'abordabilité des diverses options de restructuration en se basant sur des approches cohérentes avec les pratiques de l'industrie et les méthodologies déjà en place;
- déterminer l'ampleur des économies associées au rendement clinique, à la centralisation des services de soutien, aux frais généraux administratifs et aux coûts d'exploitation;
- élaborer des conseils à l'intention de la ministre de la Santé sur les estimations de dépenses et d'économies associées aux *directives* et recommandations de la CRSS.

Centres de coûts inclus dans les coûts directs quotidiens pour toutes les méthodologies :

- services de soins infirmiers sur place (y compris les salles d'opération et les salles de réveil);
- services de soins ambulatoires (relatifs au séjour des malades hospitalisés);
- services de laboratoire clinique;
- services d'imagerie diagnostique;
- pharmacie;
- nutrition clinique;
- toutes les thérapies (soit physiothérapie, ergothérapie, radiothérapie, etc.);
- services alimentaires.

Traitement des dépenses du personnel médical : le salaire des médecins qui assurent des soins directs aux patients a été inclus dans les coûts directs quotidiens (un pathologiste, par ex.). Toutefois, les coûts d'exploitation du service médical (y compris le médecin chef) ont été considérés partie intégrante d'un centre fonctionnel administratif et ont été traités comme des coûts indirects.

Estimation des coûts des soins de réadaptation

- La méthodologie a été appliquée aux hôpitaux qui comptaient des lits de soins de réadaptation en 1995-1996 et ce sont ces données qui ont été recommandées pour 2003.

- Voici les étapes de la méthodologie :
  Étape 1 : déterminer les dépenses nettes relatives aux soins de réadaptation.
  Étape 2 : évaluer les coûts associés à la réduction et à l'amélioration des programmes.
  Étape 3 : calculer l'ajustement des dépenses para-médicales.
  Étape 4 : évaluer les dépenses liées à la fermeture des établissements.

Étape 5 : transférer les dépenses d'exploitation à d'autres soins aux patients.
Étape 6 : déterminer l'allocation administrative.
Étape 7 : rajouter les dépenses choisies[94].

- L'ajout ou le retrait des étapes ci-dessus ont permis d'évaluer les coûts du système reconfiguré. Les économies ou les dépenses ont été attribuées au changement de la prestation et de la quantité des services futurs.

Estimation des coûts des soins psychiatriques des malades hospitalisés

Coûts des lits de soins psychiatriques actifs : Les coûts des lits de soins psychiatriques actifs ont été évalués en fonction du coût quotidien des soins psychiatriques actifs multipliés par 365 jours multipliés par un taux d'occupation de 90 p. 100. Le coût quotidien des soins psychiatriques actifs a été calculé en fonction des coûts directs quotidiens des soins infirmiers psychiatriques de tous les établissements de soins actifs, puis ajustés selon les coûts de consultation externe, de thérapie et de diagnostic inhérents au séjour des malades hospitalisés. Les ajustements étaient de l'ordre de 22,55 p. 100 et ont été tirés des coûts d'établissements psychiatriques indépendants. Le coût moyen quotidien a été fixé à 209,58 $. On a ensuite appliqué un repère administratif au repère de coût direct pour déterminer un nouveau coût total.

Coûts des lits pour soins pour enfants et adolescents : Les coûts des lits de soins psychiatriques pour enfants ont été évalués en fonction du coût quotidien des soins psychiatriques pour enfants multipliés par 365 jours multipliés par un taux d'occupation de 70 p. 100. Le coût quotidien des soins psychiatriques actifs a été calculé en fonction des coûts directs quotidiens des soins infirmiers psychiatriques des quatre hôpitaux pour enfants, puis ajustés selon les coûts de consultation externe, de thérapie et de diagnostic inhérents au séjour des malades hospitalisés. Les ajustements étaient de l'ordre de 22,75 p. 100. Le coût moyen quotidien a été fixé à 275,70 $. On a ensuite appliqué un repère administratif au repère de coût direct pour déterminer un nouveau coût total.

Coûts des lits de soins psychiatriques à plus long terme : Les coûts directs quotidiens de l'hôpital psychiatrique provincial soumis à l'examen multipliés par 365 jours (à un taux d'occupation de 100 p. 100) a servi à évaluer les coûts associés au changement des lits de soins psychiatriques à plus long terme. Les coûts directs incluaient les soins infirmiers, les services de diagnostic et thérapeutiques et les services ambulatoires inhérents au séjour des malades hospitalisés. Lorsqu'il était difficile de définir si un centre de coût était direct ou indirect, il était inclus dans les coûts directs quotidiens de façon à maintenir une estimation plus conservatrice des coûts. On a ensuite appliqué un repère administratif au repère de coût direct pour déterminer un nouveau coût total.

---

94 Pour les établissements qui demeurent ouverts, on rajoute les dépenses choisies. Si le programme de soins de réadaptation est aboli, les dépenses choisies ne sont pas rajoutées et sont incluses dans les économies.

Coûts des services de soins ambulatoires et médico-légaux : Les coûts de soins directs des services de soins ambulatoires et médico-légaux ont été déterminés en fonction des rapports financiers de l'hôpital psychiatrique provincial de la région à l'étude. Ces coûts ont été transférés de l'hôpital psychiatrique provincial à d'autres installations considérées dans l'option comme coûts directs complets. On a ensuite appliqué un repère administratif au repère de coût direct pour déterminer un nouveau coût total.

Coûts des soins prolongés complexes : Les étapes suivantes décrivent en détail la méthodologie appliquée en 1995-1996 aux hôpitaux dotés de lits de soins palliatifs et chroniques et qui a permis d'établir le nombre de lits pour soins prolongés complexes requis en 2003 :

Étape 1 : déterminer les dépenses nettes relatives aux soins palliatifs et chroniques.
Étape 2 : évaluer les coûts associés à la réduction et à l'amélioration des programmes.
Étape 3 : calculer l'ajustement de l'intensité des ressources.
Étape 4 : évaluer les dépenses liées à la fermeture des établissements.
Étape 5 : transférer les dépenses d'exploitation à d'autres soins aux patients.
Étape 6 : déterminer l'allocation administrative.
Étape 7 : rajouter les dépenses choisies.

Le processus d'évaluation des coûts du système reconfiguré a fait appel à une ou plusieurs des étapes ci-dessus. Les économies et les coûts ont été attribués au changement apporté à trois aspects des soins prolongés complexes : l'intensité du service futur, l'ampleur du service futur et le type d'unité (actif ou autonome).

Annexe D : Historique additionnel au sujet de l'adaptation des ressources humaines et de la main-d'œuvre

VALEURS ET OBJECTIFS DE LA RECONFIGURATION[95]

ASSURER DES GAINS À TOUS LES PRINCIPAUX INTERVENANTS – En termes de ressources humaines, cela signifie la capacité d'offrir une sécurité d'emploi dans un système en perpétuel changement (départs volontaires, recyclage et remplacement à faible revenu durant les périodes transitoires) et de trouver des moyens de permettre aux employés d'atteindre le principe de désavantage monétaire zéro lorsqu'ils participent à la reconfiguration (ancienneté, transférabilité des avantages sociaux, équité salariale à l'échelle du système, programmes de recyclage proactifs coordonnées).

LISTE DES PARTICIPANTS À LA CONSULTATION DE LA CRSS

Comité de consultation
Beverley J. Nickoloff, employée de la CRSS
Mario Tino, employé de la CRSS
L. Victor Pathe, Pathe Gardner Associates
Suzanne Silk Klein, Pathe Gardner Associates

Facilitateurs-médiateurs
L. Victor Pathe, Pathe Gardner Associates
Denise Wilson, Pathe Gardner Associates

Association des hôpitaux de l'Ontario
M. Brian Siegner
Vice-président associé, Ressources humaines (interim)
Trent University
Ancien vice-président, Hospital Employee Relations Services

Commission de restructuration des services de santé
Mark Rochon
Président et directeur général, Institut de réadaptation de Toronto
Directeur général, Commission de restructuration des services de santé (1996-1998)

---

[95] *The Essex County Win/Win Model: An Evolving Plan for Total Health System Reconfiguration*, le rapport final du Comité directeur sur la reconfiguration, Conseil régional de santé du comté d'Essex, février 1994, p. 154. Ce rapport distribué à grande échelle énonce les principes présentés dans plusieurs plans de ressources humaines développés sur les *directives* de la CRSS.

Gouvernement de l'Ontario

Tony Dean
Secrétaire associé du Cabinet et

Sous-ministre des Politiques
Bureau du Conseil des ministres

Malcolm Smeaton
Coordonnateur des Relations
de travail
Affaires du secteur parapublic
Conseil de gestion du gouvernement

Représentants des employés

Mme Kathryn Butler-Malette
Butler-Malette Associates
Ancienne vice-présidente, Ressources
humaines
Ottawa Hospital

M. Robert Brown
Vice-président, Relations de travail
Windsor Regional Hospital

Mme Diane Brownlee
Porte-parole, Restructuration de la Région 3
Groupe de travail sur les Ressources humaines
Ancienne porte-parole
Région 3 et 905/GTA

M. Merrick Bryson
Vice-président, Ressources humaines
St. Joseph's Care Group
St. Joseph's Hospital – Thunder Bay

M. Ted Capstick
Directeur, Ressources humaines
Hamilton Health Sciences Corporation

M. Brent Carrol
Directeur, Ressources humaines
St. Joseph's Hospital – Hamilton Ms.

M. Paul Faguy
Vice-président, Ressources humaines et
Services généraux
London Health Sciences Centre

M. Ingo Rittums
Directeur, Finances
Royal Ottawa Health Care Group

M. Roger Sharman
Président et directeur général
Halton Health Sciences Centre
Ancien directeur général, Orthopedic and
Arthritic Hospital
Porte-parole Metro Toronto Negotiating
Committee

M. Larry Walls
Vice-président,
St. Joseph's Health Centre – London

Représents syndicaux

Association des employés et employées de la
Fonction publique de l'Ontario
Roger Haley
Agent de la sécurité d'emploi / négociateur
Syndicat des employés et employées de la
Fonction publique de l'Ontario

Service Employees International Union
Ken Brown
Directeur canadien

Pat Buchanan
Agrégé de recherche, London

Judy Christo, section locale 204

Brad Philp, 2e vice-président, section locale
204

Lynn Keays
Coprésidente, Comité de surveillance
Porte-parole, Metro Toronto Negotiating Committee
Ancienne agent de relations du travail, AAHP-O

Jill Morgan
Déléguée du personnel
Windsor

Judy Storey-Paul
Déléguée du personnel
Downsview

Janiss Davidson
Ontario Nurses Association
Chef d'équipe des ressources

Barbara Finlay
Agent de relations du travail
Ontario Nurses Association

Annexe E : Regard sur le passé, regard vers l'avenir

Objectif du projet

L'objectif du projet visait à déterminer les besoins pour poursuivre la restructuration des services de santé à la suite du mandat de la CRSS qui prend fin le 28 mars 2000. Les interviews et analyses ont été effectuées par Margaret Mottershead, une ancienne sous-ministre du ministère de la Santé de l'Ontario maintenant à la retraite qui exploite sa propre société d'experts-conseils.

Personnes interrogées (entrevues de novembre et décembre 1999)

Commissaires	**Représentants du gouvernement et du ministère de la Santé et des Soins de longue durée**
▪ Duncan Sinclair, président ▪ Ruth Gallop ▪ Shelly Jamieson ▪ Maureen Law ▪ Doug Lawson ▪ George Lund ▪ Hartland M. MacDougall ▪ Muriel Parent ▪ Daniel Ross ▪ Donald Thornton ▪ Rob Williams	▪ John King, sous-ministre adjoint, ministère de la Santé et des Soins de longue durée ▪ David Lindsay, président et directeur général, Ontario Jobs & Investment Board ▪ Jeffrey Lozon, sous-ministre, ministère de la Santé et des Soins de longue durée ▪ Perry Martin, Cabinet du Premier ministre (ancien chef de cabinet du ministre de la Santé) ▪ John Oliver, sous-ministre adjoint, ministère de la Santé et des Soins de longue durée ▪ Jenny Rajaballey, directeur, Health Implementation Restructuring Team (HRIT), ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Autres intervenants ***(hôpitaux et autres organismes de services de santé)***

- Arnie Aberman, University of Toronto et Toronto Health Network
- Tom Closson, Victoria, B.C. Regional Health Authority et ancien président et directeur général, Sunnybrook Health Sciences Centre
- Tony Dagnone, président et directeur général, London Health Sciences Network
- Allan Hudson, président et directeur général, Toronto Health Network
- Ronald Sapsford, directeur de l'exploitation, Hamilton Health Sciences Centre et ancien sous-ministre adjoint de la Santé
- Vida Vaitonis, directrice générale, Ontario Nursing Home Association
- Lorne Zon, vice-président, Markham & Stouffville Hospital et ancien directeur général, Metro DHC

Conseiller spécial de la CRSS	Personnel de la CRSS (passé et présent)
▪ David Naylor, doyen de la Faculté de médecine, University of Toronto	▪ Peggy Leatt, directrice générale ▪ Mark Rochon, ancien directeur général ▪ Peter Finkle ▪ Beverly Nickoloff ▪ Mario Tino

LISTE DES PUBLICATIONS ET DES RAPPORTS DE LA CRSS

RAPPORTS SUR LA RESTRUCTURATION (22 collectivités)		
TITRE DU RAPPORT	**NATURE OU CONTENU DU RAPPORT**	**DATE DE DIFFUSION**
COMTÉ DE BRANT		
Rapport sur la restructuration des services de santé du comté de Brant	Avis d'intention d'émettre des directives et des conseils	Novembre 1997
Rapport sur la restructuration des services de santé du comté de Brant	Directives et conseils	Mai 1998
LEEDS ET GRENVILLE (BROCKVILLE)		
Rapport sur la restructuration des services de santé Brockville	Avis d'intention d'émettre des directives et des conseils	Novembre 1997
Rapport sur la restructuration des services de santé Brockville	Directives et conseils	Février 1998
ESSEX COUNTY (WINDSOR)		
Rapport sur la restructuration des services de santé d'Essex County	Avis d'intention d'émettre des directives et des conseils	Octobre 1997
Rapport sur la restructuration des services de santé d'Essex County	Directives et conseils	Février 1998
FRONTENAC, LENNOX ET ADDINGTON (KINGSTON, NAPANEE)		
Rapport sur la restructuration des services de santé de Frontenac, Lennox et Addington	Avis d'intention d'émettre des directives et des conseils	Février 1998

Rapport sur la restructuration des services de santé de Frontenac, Lennox et Addington	Directives et conseils	Juin 1998
RGT/905 (COMTÉS DE DURHAM, HALTON, PEEL ET YORK)		
Rapport sur la restructuration des services de santé de la RGT/905	Avis d'intention d'émettre des directives et conseils	Novembre 1997
Rapport sur la restructuration des services de santé de la RGT/905	Directives et conseils	Avril 1998
Rapport sur la restructuration des services de santé de la RGT/905	Avis d'intention d'émettre des directives et des conseils : Planification des ressources humaines médicales	Avril 1998
Rapport sur la restructuration des services de santé de la RGT/905	Avis d'intention d'émettre des directives supplémentaires : Plan de structure administrative pour la fusion du Memorial Hospital, des North Durham Health Services, du Oshawa General Hospital et du Whitby General Hospital	Juin 1998
Rapport sur la restructuration des services de santé de la RGT/905	Plan de structure administrative pour la fusion du Memorial Hospital, des North Durham Health Services, du Oshawa General Hospital et du Whitby General Hospital	Juin 1998
HALIBURTON, KAWARTHA ET PINE RIDGE (COMTÉS DE VICTORIA, HALIBURTON, PETERBOROUGH ET NORTHUMBERLAND)		
Rapport sur la restructuration des services de santé de Haliburton, Kawartha et Pine Ridge	Avis d'intention d'émettre des directives et des conseils	Mars 1998

Rapport sur la restructuration des services de santé de Haliburton, Kawartha et Pine Ridge	Directives et conseils	Juin 1998
Rapport sur la restructuration des services de santé de Haliburton, Kawartha et Pine Ridge : Rapport complémentaire	Avis d'intention d'émettre des directives supplémentaires – Plan de structure administrative pour la Northumberland Health Care Corporation	Décembre 1998
Rapport sur la restructuration des services de santé de Haliburton, Kawartha et Pine Ridge : Autre rapport complémentaire	Directives et conseils Plan de structure administrative pour la Northumberland Health Care Corporation	Février 1999
HAMILTON-WENTWORTH		
Rapport sur la restructuration des services de santé de Hamilton-Wentworth	Avis d'intention d'émettre des directives et des conseils	Novembre 1997
Rapport sur la restructuration des services de santé de Hamilton-Wentworth	Directives et conseils	Mai 1998
COMTÉS D'HASTINGS ET DE PRINCE EDWARD (BELLEVILLE, TRENTON, PICTON, BANCROFT)		
Rapport sur la restructuration des services de santé des comtés d'Hastings et de Prince Edward	Avis d'intention d'émettre des directives et des conseils	Février 1998
Rapport sur la restructuration des services de santé des comtés d'Hastings et de Prince Edward	Directives et conseils	Avril 1998
KENT (LEAMINGTON)		
Rapport sur la restructuration des services de santé du comté de Kent	Avis d'intention d'émettre des directives et des conseils	Octobre 1997
Rapport sur la restructuration des services de santé du comté de Kent	Directives et conseils	Février 1998

Rapport sur la restructuration des services de santé du comté de Kent	Rapport et directives supplémentaires	Octobre 1998
LAMBTON (SARNIA, PETROLIA)		
Rapport sur la restructuration des services de santé du comté de Lambton	Avis d'intention d'émettre des directives et des conseils	Novembre 1996
Rapport sur la restructuration des services de santé du comté de Lambton	Directives et conseils	Octobre 1997
Rapport sur la restructuration des services de santé du comté de Lambton	Rapport supplémentaire sur le Charlotte Eleanor Englehart Hospital	Juillet 1998
LONDON		
Rapport sur la restructuration des services de santé de London	Avis d'intention d'émettre des directives et des conseils	Février 1997
Rapport sur la restructuration des services de santé de London	Directives et conseils	Juin 1997
Rapport sur la restructuration des services de santé de London	Services de soins pour affections subaiguës, de soins de longue durée et de soins de réadaptation Avis d'intention d'émettre des directives : Planification des ressources humaines médicales	Juillet 1998
COMMUNAUTÉ URBAINE DE TORONTO		
Rapport sur la restructuration des services de santé dans la Communauté urbaine de Toronto	Avis d'intention d'émettre des directives et des conseils	Mars 1997
Rapport sur la restructuration des services de santé dans la Communauté urbaine de Toronto	Directives et conseils	Juillet 1997
Rapport sur la restructuration des services de santé dans la Communauté urbaine de Toronto	Avis d'intention d'émettre des directives : Services de soins chroniques et de réadaptation	Juillet 1997

Rapport complémentaire sur la restructuration des services de santé dans la Communauté urbaine de Toronto	Avis d'intention d'émettre des directives : Intégration des services entre les hôpitaux de l'avenue University	Mars 1998
Rapport complémentaire sur la restructuration des services de santé dans la Communauté urbaine de Toronto	Directives : Intégration des services entre les hôpitaux de l'avenue University	Août 1998
Rapport complémentaire sur la restructuration des services de santé dans la Communauté urbaine de Toronto	Avis d'intention d'émettre des directives et des conseils : Transfert des programmes et services de l'hôpital Wellesley Central à l'hôpital St. Michael's	Mars 1998
Autre rapport complémentaire sur la restructuration des services de santé dans la Communauté urbaine de Toronto	Directives et conseils : Transfert des programmes et services de l'hôpital Wellesley Central à l'hôpital St. Michael's	Mars 1998
Rapport complémentaire sur la restructuration des services de santé dans la Communauté urbaine de Toronto	Avis d'intention d'émettre des directives : Hôpitaux de l'Est de Toronto	Septembre 1998
Rapport complémentaire sur la restructuration des services de santé dans la Communauté urbaine de Toronto	Directives et conseils : Hôpitaux de l'Est de Toronto	Janvier 1999
Rapport complémentaire sur la restructuration des services de santé dans la Communauté urbaine de Toronto	Directives et conseils : Sunnybrook et Women's College Health Sciences Centre	Février 1999
Rapport complémentaire sur la restructuration des services de santé dans la Communauté urbaine de Toronto	Directives : Services de soins pour affections subaiguës, de soins de longue durée et de soins de réadaptation	Avril 1998
RÉGION DE NIAGARA		
Rapport sur la restructuration des services de santé de la région de Niagara	Avis d'intention d'émettre des directives et des conseils	Octobre 1998
Rapport sur la restructuration des services de santé de la région de Niagara	Directives et conseils	Mars 1999

NORTH BAY		
Rapport sur la restructuration des services de santé de North Bay	Avis d'intention d'émettre des directives et des conseils	Octobre 1998
Rapport sur la restructuration des services de santé de North Bay	Directives et conseils	Mars 1999
OTTAWA-CARLETON		
Rapport sur la restructuration des services de santé d'Ottawa-Carleton	Avis d'intention d'émettre des directives et des conseils	Février 1997
Rapport sur la restructuration des services de santé d'Ottawa-Carleton	Directives et conseils	Août 1997
Rapport complémentaire sur la restructuration des services de santé d'Ottawa-Carleton	Services de soins pour affections subaiguës, de soins de longue durée et de soins de réadaptation	Juillet 1998
Rapport complémentaire sur la restructuration des services de santé d'Ottawa-Carleton	Directives – Calendrier révisé	Décembre 1997
Rapport complémentaire sur la restructuration des services de santé d'Ottawa-Carleton	Directives – Calendrier révisé	Juin 1998
Rapport complémentaire sur la restructuration des services de santé d'Ottawa-Carleton	Avis d'intention d'émettre des directives sur les Services de soins ambulatoires	Janvier 1999
Rapport complémentaire sur la restructuration des services de santé d'Ottawa-Carleton	Directives sur les Services de soins ambulatoires	Mars 1999
Rapport sur la restructuration des services de santé d'Ottawa-Carleton	Avis d'intention d'émettre des directives sur la planification des ressources humaines médicales	Juin 1998
COMTÉ DE RENFREW (PEMBROKE)		
Rapport sur la restructuration des services de santé de Pembroke	Avis d'intention d'émettre des directives	Décembre 1996
Rapport sur la restructuration des services de santé de Pembroke	Directives et conseils	Février 1997

Rapport complémentaire sur la restructuration des services de santé de Pembroke	Rapport du facilitateur, Hugh Kelly	Juin 1997
SAULT STE. MARIE		
Rapport sur la restructuration des services de santé de Sault Ste. Marie	Avis d'intention d'émettre des directives	Janvier 1999
Rapport sur la restructuration des services de santé de Sault Ste. Marie	Directives et conseils	Mars 1999
STORMONT, DUNDAS ET GLENGARRY ET COMTÉS DE PRESCOTT ET DE RUSSELL		
Rapport sur la restructuration des services de santé de Stormont, Dundas et Glengarry et des comtés de Prescott et de Russell	Avis d'intention d'émettre des directives et des conseils	Mai 1998
Rapport sur la restructuration des services de santé de Stormont, Dundas et Glengarry et des comtés de Prescott et de Russell	Directives et conseils	Juillet 1998
SUDBURY		
Rapport sur la restructuration des services de santé de Sudbury	Avis d'intention d'émettre des directives et des conseils	Septembre 1996
Rapport sur la restructuration des services de santé de Sudbury	Directives et conseils	Décembre 1996
Rapport complémentaire sur la restructuration des services de santé de Sudbury	Avis d'intention d'émettre des directives et des conseils Plan de structure administrative sur l'hôpital régional de Sudbury	Mars 1997
Rapport complémentaire sur la restructuration des services de santé de Sudbury	Directives Plan de structure administrative sur l'hôpital régional de Sudbury	Mai 1997

THUNDER BAY		
Rapport sur la restructuration des services de santé de Thunder Bay	Avis d'intention d'émettre des directives et des conseils	Juin 1996
Rapport sur la restructuration des services de santé de Thunder Bay	Directives et conseils	Octobre 1996
Rapport complémentaire sur la restructuration des services de santé de Thunder Bay	Option de redéveloppement de l'hôpital régional de Sudbury	Juillet 1997
Rapport complémentaire sur la restructuration des services de santé de Thunder Bay	Nouveau choix d'emplacement	Octobre 1998
RÉGION DE WATERLOO (KITCHENER, WATERLOO, CAMBRIDGE)		
Rapport sur la restructuration des services de santé de Waterloo	Avis d'intention d'émettre des directives et des conseils	Mai 1998
Rapport sur la restructuration des services de santé de Waterloo	Directives et conseils	Juillet 1998
PARRY SOUND		
Rapport sur la restructuration des services de santé de West Parry Sound	Avis d'intention d'émettre des directives et des conseils	Octobre 1998
Rapport sur la restructuration des services de santé de West Parry Sound	Directives et conseils	Décembre 1998
Rapports sur la restructuration du réseau en milieu rural et dans le Nord (19)		
TITRE DU RAPPORT	**NATURE OU CONTENU DU RAPPORT**	**DATE DE DIFFUSION**
Rapport sur le réseau hospitalier en milieu rural et dans le Nord	Réseau 1 – Simcoe / Muskoka	Mars 1999
Rapport sur le réseau hospitalier en milieu rural et dans le Nord	Réseau 2 – Grey Bruce	Mars 1999

Rapport sur le réseau hospitalier en milieu rural et dans le Nord	Réseau 3 – Wellington	Mars 1999
Rapport sur le réseau hospitalier en milieu rural et dans le Nord	Réseau 4 – Haldimand	Mars 1999
Rapport sur le réseau hospitalier en milieu rural et dans le Nord	Réseau 5 – Strathroy Woodstock – Sud-Ouest	Mars 1999
Rapport sur le réseau hospitalier en milieu rural et dans le Nord	Réseau 6 – North Bay / New Liskeard – Nord-Est	Mars 1999
Rapport sur le réseau hospitalier en milieu rural et dans le Nord	Réseau 7a – West Ottawa Valley	Mars 1999
Rapport sur le réseau hospitalier en milieu rural et dans le Nord	Réseau 7b – Vallée de l'Outaouais - Est	Mars 1999
Rapport sur le réseau hospitalier en milieu rural et dans le Nord	Réseau 8 – Champlain – Ouest	Mars 1999
Rapport sur le réseau hospitalier en milieu rural et dans le Nord	Réseau 9 – Région de Sault Ste. Marie	Mars 1999
Rapport sur le réseau hospitalier en milieu rural et dans le Nord	Réseau 10 – Huron / Perth	Mars 1999
Rapport sur le réseau hospitalier en milieu rural et dans le Nord	Réseau 11 – Blind River / Elliot Lake – Nord-Est	Mars 1999
Rapport sur le réseau hospitalier en milieu rural et dans le Nord	Réseau 12 – Marathon / Hornepayne – Nord-Ouest	Mars 1999
Rapport sur le réseau hospitalier en milieu rural et dans le Nord	Réseau 13 – Timmins / Kirkland Lake / Moose Factory – Nord-Est	Mars 1999
Rapport sur le réseau hospitalier en milieu rural et dans le Nord	Réseau 14 – Kenora / Fort Frances / Sioux Lookout – Nord-Ouest	Mars 1999
Rapport sur le réseau hospitalier en milieu rural et dans le Nord	Réseau 15 – Newmarket / Alliston	Mars 1999

Rapport sur le réseau hospitalier en milieu rural et dans le Nord	Réseau 16 – Région de Cornwall	Mars 1999
Rapport sur le réseau hospitalier en milieu rural et dans le Nord	Réseau 17 – Région de Brantford	Mars 1999
Rapport sur le réseau hospitalier en milieu rural et dans le Nord	Réseau 18 – Brampton / Orangeville	Mars 1999
Réseau hospitalier en milieu rural et dans le Nord : Avis et recommandations à la ministre de la Santé	Rapport final – conseils confidentiels à la ministre	Février 2000
Rapports sur la planification et les politiques (16)		
Titre du rapport	**Contenu ou nature du rapport**	**Date de diffusion**
Créer un meilleur système de santé pour l'Ontario	Aperçu du rôle, du processus et des membres de la CRSS	1997
Vision et conception du système de santé de l'Ontario	Un document de travail sur l'aperçu du futur système de santé	Janvier 1997
Reconstruire le système de santé de l'Ontario : Directives de planification et stratégies de mise en œuvre provisoires – Soins à domicile, soins de longue durée, de la santé mentale,de la réadaptation et soins pour affections subaiguës	Document de travail	Juillet 1997
Rapport des enquêteurs sur le personnel médical à la Commission de restructuration des services de santé	Document de travail sur des questions de ressources médicales	Janvier 1998
Changement et transition Directives de planification et de mise en œuvre des soins à domicile, des soins de longue durée, de la santé mentale, de la réadaptation et des soins pour affections subaiguës	Directives finales de la CRSS sur la planification	Avril 1998

Co-ordinating And Consolidating Specialized Paediatric Services In Ontario	Un rapport confidentiel présenté à la ministre de la Santé sur des conseils en matière de centralisation des services de soins pédiatriques tertiaires et quaternaires	Février 1999
Advice to the Minister of Health on Building A Community Mental Health System in Ontario	Conseils présentés par la CRSS à la ministre de la Santé au sujet de stratégies particulières pour favoriser la mise en place et la surveillance de systèmes appropriés lorsque les hôpitaux psychiatriques provinciaux redirigeront leurs patients et leurs responsabilités en matière de soins ambulatoires vers d'autres organismes communautaires (y compris les hôpitaux publics)	Février 1999
De meilleurs hôpitaux, de meilleurs soins de santé pour l'avenir	Rapport sommaire sur la restructuration des hôpitaux (1996-1999)	Avril 1999
From here to where?... defining the 'next steps' in health system reform	Un document de travail et un résumé des messages clés tirés d'une série de tables rondes tenues au printemps 1999 par des groupes et organismes d'intervenants en matière de santé	Mai 1999

Plan d'action concernant la gestion de l'information sur la santé en Ontario. Les priorités en matière d'élaboration d'un meilleur système de santé	Document de politique, phase II – conseils présentés à la ministre au sujet de la vision à long terme d'un réseau intégré d'information sur la santé qui s'articule autour de dossiers électroniques des clients. Un total de 22 initiatives de gestion de l'information sur la santé est inclus dans le plan d'action triennal visant à aborder : l'amélioration de l'information à la clientèle, l'amélioration de la prestation des services de santé au point de service et l'amélioration de la gestion des services de santé	Juin 1999
Implementing Integrated Health Systems In Ontario: A review of legislative/ regulatory implications	Un document de travail sur les changements législatifs possibles qui *pourraient* s'avérer nécessaires pour appuyer le développement de services de santé intégrés (SSI) en Ontario	Juillet 1999

Reforming Ontario's Health System: key considerations	Un document de travail donnant un aperçu des questions suivantes : ➢ Quelles sont les perceptions du public à l'égard du système de santé et comment les intégrer dans la planification des réformes futures? ➢ Quels sont les obstacles politiques à la réalisation d'une meilleure intégration ou coordination des services de soins de santé? ➢ Y a-t-il des méthodes qui offrent de meilleures perspectives de mobilisation à l'égard d'une approche consensuelle à la réforme de la politique en matière de santé?	Août 1999
Stratégie pour la réforme des soins primaires	Document de politique, phase II - Conseils présentés à la ministre de la Santé	Décembre 1999
Academic Health Science Centres : A Perspective on a Future Role	Conseils présentés à la ministre de la Santé sur la promotion du rôle des centres d'études sur les sciences de la santé à titre d'« intégrateur » clé.	Mars 2000
HSRC's Strategy for Improving Health System Performance	Document de politique – phase II Processus et stratégie ou évaluation des améliorations du rendement du système de santé.	Mars 2000

Advancing Community Integration : Experiences and Next Steps	Document de politique – phase II Résumé des expériences et leçons tirées du travail effectué dans les collectivités pour appuyer et promouvoir l'intégration locale.	Mars 2000
Rapports supplémentaires (2)		
Considérations de principe pour l'adoption de la capitation dans les systèmes de santé intégrés	Une synthèse de politiques contenant des recommandations et des conseils fondés sur la recherche commandée par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé en partenariat avec la CRSS.	1999
Formule de capitation pour les systèmes de santé intégrés	Une synthèse de politiques contenant des recommandations et des conseils fondés sur la recherche commandée par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé en partenariat avec la CRSS.	1999

Ce rapport a été publié par la Commission de restructuration des services de santé le 27 mars 2000.

Ce document entrera en vigueur le 1er avril 2000. Des copies papier de ce document peuvent être obtenues gratuitement auprès de la Canadian Health Services Research Foundation/ Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.[96]

Le résumé se trouve sur le site Web de la Fondation à l'adresse http://www.chsrf.ca/francais/document-library/index.html (centre de référence).

Fondation canadienne de recherche sur les services de santé
11, av. Holland, suite 301
Ottawa, Ontario
Canada K1Y 4S1

Tél. : (613) 728-2238
Téléc. : (613) 728-3527
Adresse électronique : publications@chsrf.ca

Il est également possible d'obtenir le document complet sous forme de fichier PDF sur le site Web de la CRSS à l'adresse http:// www.hsrc-crss.org. Ce site Web sera exploité par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario jusqu'au 31 décembre 2000.

Cette publication est également disponible en anglais (this document is also available in English).

ISBN 0-7778-9411-4

[96] Dans le cadre de son mandat, la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé distribue des publications choisies au nom d'organisations ou d'enquêteurs indépendants par le biais de son centre de référence. La Fondation n'endosse pas nécessairement le contenu de ces documents mais les rend disponibles à titre de service public.

Vision du système des services de santé de l'avenir

Notre vision consiste en un système de santé intégré qui offre des soins compatissants, intégrés, de haute qualité à chaque personne qui a besoin d'aide pour récupérer et conserver une bonne santé.

Tout en reflétant les différences régionales et des communautés, les fournisseurs de soins de santé travaillent de concert avec un objectif commun d'atteinte des buts, des objectifs, des politiques et des priorités connues du public et nécessaires pour en arriver à la vision ontarienne de la santé.